

Materialien zu Frühen Hilfen

18

EXPERTISE

Frühe Hilfen für alle?

Erreichbarkeit von Eltern in den Frühen Hilfen

ZITIERWEISE:

Sahrai, Diana / Bittlingmayer, Uwe H. (2024): Frühe Hilfen für alle? Erreichbarkeit von Eltern in den Frühen Hilfen. Expertise. Materialien zu Frühen Hilfen 18. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
<https://doi.org/10.17623/NZFH:MFH-FHfAEvEidFH>

Materialien zu Frühen Hilfen 18

EXPERTISE

Frühe Hilfen für alle?

**Erreichbarkeit von Eltern
in den Frühen Hilfen**

**Prof. Dr. Diana Sahrai, Prof. Dr. Uwe H. Bittlingmayer,
unter Mitarbeit von Larissa Landolt und Nicole Schild**

Inhalt

Vorwort des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen	6
1 Einleitung	8
2 Methodik	12
2.1 Suchstrategie	13
2.2 Thematische Eingrenzung	17
3 Theoretische Rahmungen differenzierter Erreichbarkeit für Angebote Früher Hilfen aus Public-Health-Perspektive: Präventionsdilemma, Zielgruppenspezifität und Setting-Ansatz	18
3.1 Das Präventionsdilemma und seine unterschiedlichen Dimensionen und Bezüge	19
3.2 Dilemmata der Zielgruppenspezifität in der Gesundheitsförderung und Prävention	21
3.3 Der Setting-Ansatz: Setting-Theorie zwischen systemischen und lebensweltlichen Perspektiven	24
3.4 Konsequenzen aus den theoretischen Rahmungen Früher Hilfen	26
3.5 Zwei Beispiele komplexer und umfassender internationaler früher Interventionen	27
3.5.1 Head Start (USA)	27
3.5.2 Sure Start (Großbritannien)	29
4 Merkmale der als schwer erreichbar geltenden Eltern	31
5 Fördernde und hindernde Faktoren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durch psychosozial belastete Familien – Perspektive Familien	34
5.1 Familiäre Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	35
5.1.1 Individuelle Barrieren psychosozial belasteter Eltern	36
5.1.2 Angebotsspezifische Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	38
5.1.3 Ressourcenbezogene Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	40
5.1.4 Symbolische Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten	43

5.2	Bedürfnisse und Präferenzen schwer erreichbarer Eltern	46
5.2.1	Allgemeine Präferenzen und Bedürfnisse im Kontext von Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen	46
5.2.2	Spezifische Präferenzen und Bedürfnisse aus Sicht schwer erreichbarer Eltern	48
6	Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsmaßnahmen durch psychosozial belastete Familien – Perspektive Institutionen	51
6.1	Fehlende Vernetzung und Kooperation, Schnittstellen- und Zuständigkeitsprobleme	52
6.2	Fachliche und disziplinäre Differenzen	55
6.3	Mangelnder Lebensweltbezug und mangelnde Bedürfnisorientierung	56
6.4	Makrostrukturelle Ursachen für die Konstruktion schwer erreichbarer Eltern	57
7	Zugangswege und Empfehlungen für eine <i>Frühe Hilfe für alle</i>	62
7.1	Vernetzung und Kooperation auf allen Ebenen stärken	64
7.2	Frühe Hilfen als gelungene Mischung aus Geh- und Komm-Strukturen	66
7.3	Zielgruppenspezifische Ansprache und lebensweltorientierte Angebote stärken, Bedürfnisse ernst nehmen	66
7.4	Perspektive: Frühe Hilfen für alle	68
8	Literatur und Quellen	69



Vorwort des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Ziel der Frühen Hilfen ist es, allen Kindern ein gesundes und gewaltfreies Aufwachsen zu ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, unterstützen die Frühen Hilfen werdende Mütter und Familien mit Kindern von 0 bis 3 Jahren. Mit den Angeboten der Frühen Hilfen sollen insbesondere Familien in belastenden Lebenslagen erreicht werden, da Belastungsfaktoren wie Armut, fehlende soziale Unterstützung oder psychische Erkrankung die Entwicklung von Erziehungskompetenzen und die Entstehung einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Interaktion beeinträchtigen können.

Dabei müssen auch die Frühen Hilfen Wege aus dem – aus der Gesundheitsförderung bekannten – Präventionsdilemma finden: Familien in Belastungslagen, die in besonderem Maße von früher Unterstützung profitieren könnten, sind mit präventiven Angeboten nur schwer zu erreichen. Trotz aller in den letzten Jahren bereits erzielten Erfolge, insbesondere durch den bundesweit flächendeckenden Ausbau Professionen-übergreifender Netzwerke Früher Hilfen, besteht nach wie vor Optimierungsbedarf. Um die Zugänge für Familien in Belastungslagen weiter zu verbessern und Angebote noch passgenauer auf die Zielgruppen zuzuschneiden, führt das Nationale Zentrum Frühe Hilfen empirische Studien mit Familien durch, die der Frage nach möglichen Barrieren bei der Inanspruchnahme nachgehen: 2015 die Milieustudie (Neumann/Renner 2016) und darauf aufbauend 2018 die Erreichbarkeitsstudie (van Staa/Renner 2020).

Begleitend zur Erreichbarkeitsstudie hat das Nationale Zentrum Frühe Hilfen aus Mitteln der Bundesstiftung Frühe Hilfen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine Literaturrecherche und Expertise zum Präventionsdilemma erstellen lassen. Beauftragt wurden Prof. Dr. Diana Sahrai und Prof. Dr. Uwe H. Bittlingmayer, die über eine umfassende Expertise in diesem Themenbereich

verfügen (vgl. z. B. Sahrai 2011; Bauer und Bittlingmayer 2005). Zusammen mit ihrem Team untersuchen Sahrai und Bittlingmayer in dem vorliegenden Beitrag die Bedeutung des Präventionsdilemmas für die Frühen Hilfen. Ausgehend vom aktuellen Forschungsstand betrachten sie die Ursachen für die schwierige Erreichbarkeit vulnerabler Familien für die Angebote Früher Hilfen aus unterschiedlichen Blickwinkeln und beziehen dabei sowohl die Perspektive der Familien als auch die Perspektive der Anbieter sowie übergeordnete strukturelle Bedingungen mit ein.

Eine derart umfassende Untersuchung des Präventionsdilemmas für die Frühen Hilfen, in der insbesondere die Multidimensionalität der eingeschränkten Eltern-Erreichbarkeit aufgezeigt wird, wurde bisher noch nicht vorgelegt. Die Autorin und der Autor zeigen zahlreiche Anknüpfungspunkte für eine bessere Erreichbarkeit belasteter Familien auf, weshalb die vorliegende Publikation auch für die Praxis Früher Hilfen von hoher Relevanz ist.

Der Text ist als wissenschaftlicher Beitrag zum Diskurs zu verstehen. Nicht alle Positionen müssen sich mit der Auffassung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen decken.

(1) [...] Für die Erziehung und Entwicklung des Kindes sind in erster Linie die Eltern oder gegebenenfalls der Vormund verantwortlich. Dabei ist das Wohl des Kindes ihr Grundanliegen.

(2) Zur Gewährleistung und Förderung der in diesem Übereinkommen festgelegten Rechte unterstützen die Vertragsstaaten die Eltern und den Vormund in angemessener Weise bei der Erfüllung ihrer Aufgabe, das Kind zu erziehen, und sorgen für den Ausbau von Institutionen, Einrichtungen und Diensten für die Betreuung von Kindern.

(UN-Kinderrechtskonvention, Artikel 18, 20. November 1989)

1

Einleitung

Seit Langem hat sich disziplinübergreifend in der Kindheits- und Familienforschung die Erkenntnis durchgesetzt, dass die frühe Kindheit eine besonders sensible biografische Phase für eine gesunde Entwicklung darstellt. In den Gesundheitswissenschaften zum Beispiel sind in den letzten 15 Jahren zunehmend Lebensverlaufsmodele gesundheitlicher Entwicklung populär geworden, die die frühen Lebensphasen als wesentlich für die gesamte individuelle gesundheitliche Entwicklung ansehen (etwa Lampert/Richter 2010; Davey Smith 2008; Wadsworth/Bartley 2006). Der Aspekt früher Determinierung – bei vielen, aber natürlich nicht bei allen Krankheiten – ist aus der Perspektive gesundheitlicher Ungleichheitsforschung besonders herausfordernd, weil ein späterer gesundheitsförderlicher Lebensstil im Erwachsenenalter nur bedingt hilft, die frühen Expositionen abzumildern. Mit diesen Einsichten verbunden ist die Fokussierung auf die für die frühe Kindheit zentralen Sozialisationsinstanzen, allen voran die Familien, aber auch Kindergärten – Instanzen, die für eine gute und gesunde Entwicklung förderlich oder eben hinderlich sein können.

Im Zusammenhang mit der Rolle der Familien als Erstinstanz für die Sozialisation gerät schnell das Verhalten der Familien, insbesondere der Mütter oder der Schwangeren (weniger das der Väter), in den Blick. Dies gilt vor allem in Hinblick auf das Gesundheitsverhalten von Schwangeren. So werden zum Beispiel immer wieder werdende Mütter zum Thema, die während der Schwangerschaft rauchen (Bergmann u. a. 2007). Einer Studie von Hilary Graham u. a. (2010) zufolge gelingt es nur rund einem Drittel der Frauen, die vor der Schwangerschaft geraucht haben, im Verlauf der Schwangerschaft mit dem Tabakkonsum aufzuhören. Allerdings folgt das Individualverhalten sozialen Regelmäßigkeiten. Seit gut zwei Jahrzehnten lässt sich etwa ein sozialer Gradient des Tabakkonsums bei Frauen feststellen: Frauen mit niedriger

Schichtzugehörigkeit rauchen viermal so häufig wie Frauen aus privilegierten sozialen Positionen (Bergmann u. a. 2007, S. 672). Zu analysieren wäre also von Beginn an das Wechselverhältnis zwischen individuellem Lebensstil und sozialen Strukturen, und ebendieses Wechselverhältnis soll in der vorliegenden Expertise im Kontext der Erreichbarkeit schwer erreichbarer Gruppen angemessen berücksichtigt werden.

Im Kontext der enormen Bedeutung des Zusammenspiels von elterlichem Gesundheitsverhalten und der Gesundheit in der frühen Kindheit (bis zum Jugendalter) lässt sich ein Zirkelmodell gesundheitlicher Ungleichheiten formulieren: Eltern (oder Schwangere) aus niedrigen sozialen Schichten verhalten sich gesundheitsabträglicher als etwa Mittelschichtangehörige, tragen auf diese Weise zu einem schlechteren Gesundheitszustand ihrer Kinder bei und legen frühe gesundheitsschädigende Dispositionen und Krankheitsrisiken fest.

Dass Ressourcenarmut noch immer zum Alltag vieler Familien gehört, zeigt dabei eine aktuelle Studie, die darauf hinweist, dass die Familienarmut bislang wegen des Einsatzes ungenauer OECD-Indikatoren wesentlich unterschätzt worden ist: »Mit der gängigen OECD-Skala werden ‚arme‘ Haushalte reicher und ‚reiche‘ Haushalte ärmer gerechnet als sie es nach [...] einkommensabhängigen Äquivalenzskalen tatsächlich sind.« Für Familien mit niedrigem Einkommen gilt, dass für sie noch »deutlich höhere Armuts- und Armutsrisikoquoten [sichtbar sind,] als sie in der einschlägigen Literatur ohnedies schon festgestellt werden.« (Garbuszus u. a. 2018, S. 101–102)

Dabei wird die Situation gerade auch deshalb zirkelförmig, weil – wie ebenfalls seit Langem bekannt und beklagt – Kinder und Eltern aus unterprivilegierten sozialen Verhältnissen durch Angebote der Primärprävention und Gesundheitsförderung, der offenen Jugendarbeit und der freiwilligen Familienhilfe etc. besonders schwer

zu erreichen sind (Hartung u. a. 2011). Wie sich im Verlauf der Expertise zeigen wird, ist die Definition schwer erreichbarer oder (psychosozial) belasteter Familien nicht einheitlich und enthält sehr unterschiedliche Ausgangspunkte. Generell ist dieser hier nur knapp skizzierte Zirkel aus Unterprivilegierung und *sozialer* Vererbung von Krankheitsrisiken, Einschränkungen von Gesundheitskompetenzen und allgemeiner Entwicklung auf die nachwachsende Generation der zentrale Problemhorizont dessen, was mit den Frühen Hilfen bekämpft und abgemildert werden soll. Der Auftrag der Expertise war entsprechend, auf der Grundlage bestehender sozialwissenschaftlicher, psychologischer und erziehungswissenschaftlicher Forschung die Faktoren zusammenzutragen, die für eine eingeschränkte Erreichbarkeit spezifischer Gruppen verantwortlich sind respektive den Zugang zu den entsprechenden Zielgruppen erleichtern würden. Dieser Auftrag bezog sich zunächst auf Angebote für Familien mit kleinen Kindern bis zu drei Jahren, die durch Maßnahmen Früher Hilfen schwer erreichbar waren. Weil hierzu nur wenige Studien vorhanden sind und gleichzeitig das allgemeine Thema schwerer Erreichbarkeit in Disziplinen wie Soziale Arbeit, Sonderpädagogik, Gesundheitswissenschaften oder Psychologie verhandelt wird, haben wir zur Beantwortung der Frage auch auf Studien zurückgegriffen, die das Thema im Zusammenhang anderer Zielgruppen (zum Beispiel älterer Kinder) behandeln (siehe auch Kapitel 2). Aus diesem Grund wird im Verlauf der Expertise immer wieder auf Ergebnisse anderer Themenbereiche in Zusammenhang mit der Herausforderung der Erreichbarkeit aller Eltern zurückgegriffen und der Versuch unternommen, diese auf den Bereich Frühe Hilfen zu beziehen.

Die schwierige Erreichbarkeit ressourcenschwacher Eltern bzw. Familien durch familienunterstützende Angebote ist ein zentrales Thema der interdisziplinär angelegten Public-

Health-Forschung und wird hier als Präventionsdilemma (Bauer 2005) bezeichnet, weil davon ausgegangen wird, dass unterprivilegierte Eltern (für sich und ihre Kinder) Unterstützung objektiv besonders nötig hätten. Vor dem Hintergrund der in Public Health zu diesem Thema seit 20 Jahren erarbeiteten Expertise nimmt eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive in der vorliegenden Expertise insbesondere bei der theoretischen Rahmung eine zentrale Rolle ein.

Wir werden im Verlauf der Expertise argumentieren, dass das soziale Zirkelmodell im Zusammenspiel zwischen geringen elterlichen Handlungsressourcen und eingeschränkter Erreichbarkeit für Angebote Früher Hilfen nicht komplex genug ist, mit einer großen Gefahr von Blaming-the-Victim-Aspekten einhergeht und – zumindest teilweise – einen immanenten Paternalismus aufweist, der Eltern in wenig privilegierten Lagen einen Subjekt- und Autonomiestatus teilweise abspricht (Sahrai/Bittlingmayer 2013; Bittlingmayer/Ziegler 2012; Bittlingmayer 2008). Die Frage der Erreichbarkeit bzw. »Nicht- oder Schwer-Erreichbarkeit« ist – so viel ist vorwegzunehmen – immer aus zwei Perspektiven gleichzeitig zu thematisieren: aus der Perspektive der (die Angebote nicht in Anspruch nehmenden) Eltern und aus der Perspektive der Angebote und Maßnahmen (Boag-Munroe/Evangelou 2012).

Um die komplexe und schwierige Frage nach dem Spannungsverhältnis von (situativ sinnvollem) Paternalismus einerseits und der Autonomie und Selbstbestimmung von Eltern andererseits vernünftig anzugehen, sind – so ein wichtiges Ergebnis der Expertise – Programme und Maßnahmen im Kontext Früher Hilfen auf einen gleichberechtigten und respektvollen, kommunikativen Umgang mit Eltern auszurichten. An einer ernst gemeinten Elternpartizipation, die Eltern als gleichberechtigte aktive Partner und nicht als nur passive Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen adressiert, führt kein Weg

vorbei. Partizipative Strategien Früher Hilfen sind gewissermaßen die Bedingung der Möglichkeit, die soziale Reproduktion von Ungleichheiten einzudämmen. Das Kindeswohl bietet dabei den richtigen Ausgangspunkt, wie Frühe Hilfen sinnvoll mit Eltern zusammenarbeiten können, damit Kinder von Anfang an die bestmögliche Entwicklung und Förderung erhalten.

Diese Einsichten werden wir im Folgenden ausführlicher darstellen und durch eine Analyse der maßgeblichen Literatur eingehender begründen.

Aufbau der Expertise

Im folgenden Kapitel 2 werden die methodische Herangehensweise und die Systematik der Literaturauswahl dargelegt. Wir haben uns an dem recht üblichen PRISMA-Standard orientiert. Im dritten Kapitel folgt einerseits eine theoretische Grundierung, indem die aus unserer Sicht zentralen Rahmungen einer Analyse eingeschränkter elterlicher Erreichbarkeiten – Präventionsdilemma, Zielgruppenspezifität und Setting-Ansatz – präzisiert werden (Kapitel 3.1).

Andererseits werden in diesem Kapitel zwei groß angelegte staatliche Good-Practice-Modelle aus den Vereinigten Staaten und Großbritannien vorgestellt, die die Mehrdimensionalität und Komplexität von Fragen familialer Erreichbarkeit im frühen Kindesalter dokumentieren sollen. Zudem begründet sich die Auswahl dieser beiden Projekte dadurch, dass sie analog zu den Maßnahmen Früher Hilfen aufgebaut sind und bereits lange, positive Evaluationen vorweisen können und national und international einen großen Bekanntheitsgrad erreicht haben (Kapitel 3.5). Das vierte Kapitel liefert eine Zusammenstellung derjenigen Zielgruppen, die in der analysierten Literatur unter dem Label der schwer oder eingeschränkt erreichbaren Zielgruppen firmieren.

Das fünfte Kapitel umfasst eine Sortierung der in der analysierten Literatur benannten

fördernden und hindernden Faktoren und Argumente, die für die Verursachung schwieriger familialer Erreichbarkeit bzw. eingeschränkter Inanspruchnahme von Unterstützungs- und Hilfeangeboten benannt werden. Dabei stehen in diesem Kapitel Gründe im Vordergrund, die sich auf die Eltern, also auf die Nachfrageseite, beziehen. Im sechsten Kapitel richtet sich der Fokus auf die Seite der Institutionen. Es werden verschiedene in der Literatur genannte Barrieren benannt und systematisiert, die auf der Angebotsseite bzw. auf der Seite der Institutionen angesiedelt werden können. Im abschließenden siebten Kapitel folgen die nunmehr aus der analysierten Literatur abgeleiteten Gelingensbedingungen und verbesserten Zugänge zu Gruppen schwer erreichbarer bzw. psychosozial belasteter Familien.

2

Methodik

2.1 Suchstrategie

Im folgenden Abschnitt wird der methodische Vorgang der Studie kurz beschrieben. Eine erste Herausforderung liegt in der Suche nach einer geeigneten Recherchestrategie. Die stark an medizinischer und psychologischer Forschung orientierten Strategien etwa des Cochrane-Instituts oder pharmakologische Übersichtsarbeiten, die mittlerweile auch bei erziehungs- und sozialwissenschaftlichen systematischen Literaturübersichten eine Art Gold-Standard darstellen, kommen bei der hier vorliegenden Thematik an ihre Grenzen. Das liegt vor allem daran, dass das Thema der Erreichbarkeit psychosozial belasteter Familien mit kleinen Kindern komplex und vielschichtig ist und an ganz unterschiedliche Fachbereiche, wissenschaftliche Disziplinen und Subdisziplinen anknüpft. So reicht es z. B. für einen guten Überblick der Thematik nicht aus, wenn nur auf Datenbanken aus dem gesundheitswissenschaftlich-medizinischen oder pädagogischen Bereich zurückgegriffen wird, denn viele relevante Fragestellungen, die das Thema betreffen, werden durch Nachbardisziplinen wie Soziologie oder Psychologie behandelt. Die Ergebnisse aus diesen Disziplinen sind für ein vertieftes Verständnis der Fragestellung unverzichtbar.

Eine zweite Herausforderung bei der Fragestellung nach der Erreichbarkeit von psychosozial belasteten Familien mit Kindern von 0–3 Jahren besteht darin, dass die Altersspanne so klein ist und in Kombination mit der sehr konkreten Fragestellung die Anzahl der Studien im deutschsprachigen Raum zu gering ist, um allgemeingültige Aussagen über den Gegenstand machen zu können.

Eine dritte Herausforderung besteht darin, dass für die psychosoziale Unterstützung von Familien mit kleinen Kindern unterschiedliche Bereiche zuständig sind, die jeweils nach eigenen Logiken funktionieren. Namentlich sind diese

die Bereiche Gesundheit, Bildung und Soziales. Die Frühen Hilfen stellen nach eigener Darstellung den Versuch dar, insbesondere die Bereiche Gesundheit und Soziales stärker miteinander zu verzahnen, um Familien mit kleinen Kindern von Anfang an die bestmögliche Unterstützung geben zu können (NZFH o. J.). In der Praxis erweist sich das teilweise als große Schwierigkeit, weil die Bereiche Gesundheit und Soziales unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern folgen und die Art der Unterstützung unterschiedlichen Logiken unterliegt.

Aus diesen drei Gründen wurde für die Operationalisierung der Fragestellung dieser Expertise nach der Erreichbarkeit von Eltern mit psychosozialen Belastungen in den Frühen Hilfen ein konstellatives und interdisziplinäres Strategiemodell gewählt. So fokussierte sich die Suchstrategie nicht nur auf die direkten Begriffe, die in Zusammenhang mit der Erreichbarkeit psychosozial belasteter Familien mit kleinen Kindern unmittelbar verbunden sind. Vielmehr wurde auf einer theoretischen Ebene festgelegt, welche disziplinären und subdisziplinären Bereiche wertvolle Erkenntnisse zur Beantwortung der zugrunde liegenden Forschungsfrage liefern können. Daraufhin wurden die entsprechenden Suchbegriffe aus diesen Bereichen festgelegt. So wurden neben dem Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in Zusammenhang mit Elternunterstützung auch Studien aus den Bereichen der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialpädagogik, Sozialen Arbeit, Familien-, Ungleichheits- und der Kindheitsforschung miteinbezogen. Studien aus diesen Bereichen liefern direkt oder indirekt wichtige Erkenntnisse im Hinblick auf die Frage der Erreichbarkeit psychosozial belasteter Familien mit kleinen Kindern, auch wenn sie nicht exakt diese Gruppe als Gegenstand ihrer Untersuchung haben (für einen ähnlichen Zugang siehe auch Boag-Munroe/Evangelou 2012). So treffen Studien zu Ungleichheitsforschung zwar keine direkten

Aussagen über die Erreichbarkeit von Familien mit kleinen Kindern durch Maßnahmen Früher Hilfen. Sie zeigen aber wichtige Faktoren auf, die für das Verständnis der schweren Erreichbarkeit von Familien unverzichtbar sind. Studien aus der Familienforschung können zum Beispiel Erkenntnisse darüber liefern, was die konkreten Herausforderungen von berufstätigen Müttern mit kleinen Kindern sind, auch wenn sie ebenfalls nicht direkt die Frage nach der Erreichbarkeit stellen. Die vorhandenen Zeitressourcen berufstätiger Mütter, die Abhängigkeit von der Arbeitszeit und der Bedarf nach flexiblen Angeboten sind aber wichtige Bedingungen für die Erreichbarkeit von schwer erreichbaren Gruppen (Bertram/Spiess 2010). Zusätzlich zu der durch das datenbankbasierte systematische Review herangezogenen Literatur wurden von

der Autorin und dem Autor bekannte Quellen aus allen relevanten Bereichen herangezogen, die für die Beantwortung der Fragestellung bedeutsam sind. Nachträglich wurden aktuelle NZFH-Studien herangezogen¹. Mit dieser im Kontext epidemiologischer Studien eher seltener genutzten, aber in anderen Disziplinen durchaus üblichen, theoretisch geplanten Herangehensweise (Booth u. a. 2012, S. 12) wird der Versuch unternommen, möglichst interdisziplinäre Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellung nach der Erreichbarkeit schwer erreichbarer Gruppen zu erhalten. Um den Anspruch auf Einschluss der vorliegenden Literatur im Hinblick auf die Fragestellung zu gewährleisten, wurde das PRISMA-Verfahren genutzt. PRISMA steht für »Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses« und kann als Verfah-

TABELLE 1: Stichworte und Kombinationen für die deutschsprachige Literatursuche (Einschluss von Studien von 2000 bis 2017; Durchführung der Datenbankrecherche: 2017)

Präventionsdilemma	Elternarbeit
Prävention*	Frühförderung & Elternarbeit
Prävention* & »frühe Kindheit«	Psychosoziale Belastung
Prävention* & Elternarbeit	Psychosoziale Belastung & Prävention
Prävention* & Frühförderung	Lebensweltorientierung
Erreichbarkeit	Ressourcenorient*
Gesundheitsförderung	Ressourcenorient* & Prävention
Gesundheitsförderung & Frühförderung	Niederschwel*
Gesundheitsförderung & Prävention & Gesundheitserziehung	Niedrigschwelligkeit
Elternbildung	Niedrigschwel* & Elternarbeit
Elternbildung & Prävention	Niedrigschwel* & »Frühe Hilfen«
Elternpartizipation	Matthäuseffekt
Frühe Hilfen	Niedrigschwel* & Prävention

Quelle: Eigene Darstellung

1 Der ursprüngliche Auftrag zu dieser Expertise umfasste lediglich eine Literaturrecherche und einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung als Grundlage für weitere Forschungsvorhaben des NZFH. Aus diesem Grund wurden Studien, die vom NZFH selbst in Auftrag gegeben wurden und dem NZFH somit hinreichend bekannt sind, zunächst nicht berücksichtigt. Im Zuge der Recherche hat sich jedoch schnell herausgestellt, dass das Präventionsdilemma für die Frühen Hilfen und die Elternreichbarkeit von so zentraler Bedeutung ist, dass der ursprüngliche Auftrag um die Erstellung einer Expertise erweitert wurde. Aufgrund der hohen Bedeutung neuer Studien des NZFH für den Gesamtkontext der Expertise wurden aktuelle Studien des NZFH nachträglich eingearbeitet, sodass auch zentrale Ergebnisse aus der NZFH-Forschung im Gesamtbild enthalten sind. Diese wurden jedoch nicht mehr im Nachhinein bei der Darstellung im PRISMA-Chart aufgenommen.

ren zur Qualitätssicherung und Transparenz für Literaturreviews verstanden werden (Moher u. a. 2009). Die deutschsprachigen Artikel und Bücher wurden mithilfe der Suchportale Sowiport, FIS, Psyndex und PubMed zusammengestellt. Aufgrund der großen Bandbreite der Thematik wurde eine Liste verschiedenster Schlagworte und deren Kombinationen für die Suche genutzt, um die Texte möglichst systematisch eingrenzen zu können (Tabelle 1).

Auf der Grundlage dieser Vorgehensweise wurden durch die Datenbankrecherchen 4.539 Texte gefunden. Im ersten Schritt wurden die Duplikate entfernt (422 Duplikate). Im zweiten Schritt wurden die Titel danach analysiert, inwieweit sie im Gegenstandsbereich der vorliegenden Expertise lagen, anschließend lagen insgesamt 508 Beiträge vor. Nach der Durchsicht der Abstracts wurden insgesamt 318 Beiträge ausgeschlossen, weil sie den Auswahlkriterien nicht entsprachen. Insgesamt 190 Beiträge wurden aus den Ergebnissen der Datenbankrecherche für die Volltextuntersuchung herangezogen. Auf der Grundlage der Untersuchung der Volltexte wurden weitere 46 Texte aussortiert, weil sie keine relevanten Erkenntnisse für die Fragestellung liefern konnten. Nach diesem Prozess blieben somit insgesamt 144 Beiträge aus der Datenbankrecherche, die in die inhaltliche Auswertung und gegebenenfalls in die Synthese der Ergebnisse miteinbezogen wurden. Es wurden 50 Volltexte ausgeschlossen, da es sich entweder um Beiträge und Evaluationsstudien, die im Kontext der Bundesinitiative Frühe Hilfen initiiert wurden, um nichtwissenschaftliche Studien oder um wiederholte Präsentation der Ergebnisse aus denselben Projekten in unterschiedlichen Publikationen handelte. Im Zuge der inhaltlichen Auswertung hat sich zudem gezeigt, dass nach der Analyse von 75 Beiträgen ein theoretischer Sättigungseffekt eingetroffen war und es zu Wiederholungen der Motive kam. Aus diesem Grund wurden weitere 19 Texte her-

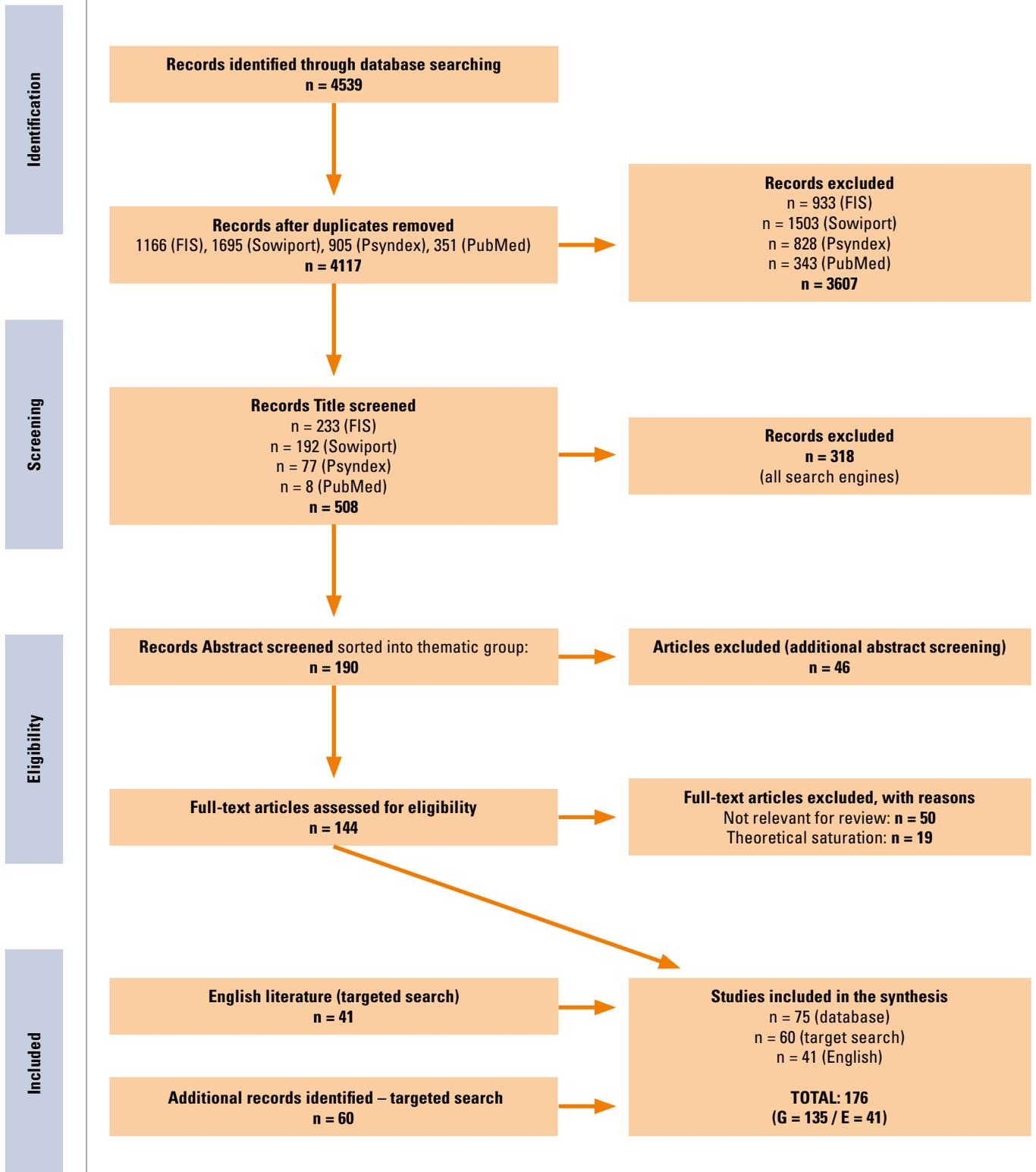
ausgenommen. Die tabellarische Zusammenstellung (inklusive Programmtabelle) der deutschsprachigen Beiträge aus der Datenbankrecherche ergab also insgesamt 75 Texte. Eine zeitliche Eingrenzung wurde zunächst nicht vorgenommen, jedoch wurden Texte, die vor 2000 erschienen sind, während des weiteren Verlaufs des Screenings aussortiert. Zudem wurde im Portal Psyndex während der Erstsuche die Zielgruppe (Kinder 0–3 Jahre) gefiltert – dies betrifft die kursiven Stichworte in Tabelle 1.

Die durch das Review zusammengestellten Texte wurden durch relevante Texte, die nicht durch die Datenbankrecherche gefunden worden waren, ergänzt. Diese Texte wurden entweder aus den Bibliografien der durch die Datenbankrecherche relevanten Texte entnommen, manuell gesucht, oder es wurden einschlägige Werke aus verwandten Disziplinen herangezogen, wenn es für die Fragestellung gewinnbringend war ($n = 60$). Schließlich fand ein selektiver Zugriff auf englischsprachige Texte statt. Hier wurden insbesondere Metastudien zum Thema herangezogen, die einen Überblick über die Thematik geben oder Texte, in denen sich neue relevante Aspekte im Kontext der Fragestellung finden ($n = 41$).

In dem Review wurden sowohl Monografien, Handbücher und Sammelwerke als auch Zeitschriftenbeiträge, Beiträge aus Sammelbänden und weitere Quellen wie Expertisen, graue Literatur u. Ä. einbezogen.

Im Folgenden wird das PRISMA-Flussdiagramm zur Veranschaulichung des systematischen Suchprozesses dargestellt (vgl. Abb. 1).

ABBILDUNG 1: PRISMA Flow Diagram



2.2 Thematische Eingrenzung

Während des Abstract-Screenings wurde eine erste induktive Einteilung in fünf Themenfelder vorgenommen (N = 190). Die Themenfelder richteten sich nach den Schwerpunkten, welche sich während des Titel-Screenings herauskristallisierten, mit dem Ziel, eine erste grobe Eingrenzung vorzunehmen. Quellen, die im Abstract Faktoren wie Armut, psychosoziale Belastung und/oder weitere Belastungsfaktoren als primär adressieren, wurden ins Themenfeld »Armut/Risikogruppen« sortiert. Die beiden Faktoren »Migrationshintergrund« und »Behinderung« (Kind und/oder Eltern) wurden separat sortiert. »Erreichbarkeit/Präventionsdilemma« bildeten ein weiteres Themenfeld. Zuletzt gibt es viel Literatur im Rahmen von Wirksamkeitsstudien und Programmevaluationen, welche im Unterpunkt »Programme/Wirksamkeit« zu finden sind. Tabelle 2 beschreibt den weiterführenden Sortierungsprozess innerhalb der Themenfelder nach dem Screening-Prozess.

Um die Fragestellung des Reviews zu verstehen und die Weitläufigkeit der Quellen zu berücksichtigen, wurde ein sinnvoller analytischer Zugang gesucht. Im Laufe der inhaltlichen Analyse der Quellen ging es darum, ein tabellarisches System zu entwickeln, welches die Thematik aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet.

Es sollten die verschiedenen Perspektiven – das heißt zum einen die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer und zum anderen die Perspektive der Institutionen – beleuchtet werden, um auf beiden Seiten mögliche Barrieren und Zugangswege zu identifizieren.

Die folgenden Abschnitte werden entlang dieser Systematik gegliedert. Bevor wir zu den Auswertungen der ausgewählten Literatur kommen, werden wir im nächsten Abschnitt zunächst noch exemplarisch einige aus unserer Sicht zentralen theoretischen Zugänge und Perspektiven darstellen, vor deren Hintergrund eine Analyse des Gegenstandsbereichs der Erreichbarkeit aller Eltern durch Frühe Hilfen notwendig ist.

Auch an dieser Stelle ließen sich theoretische Perspektiven aus den weiter oben aufgelisteten unterschiedlichen Disziplinen aufführen. Wir greifen exemplarisch auf einige theoretische und konzeptionelle Zugänge aus der Public-Health-Forschung zurück. Dieser Rückgriff ist vorrangig durch die eigene Expertise der Autorin und des Autors begründet. In der aktuellen ungleichheitsorientierten Public-Health-Forschung nimmt die Frage der eingeschränkten Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen einen besonders großen Stellenwert ein (Geene 2018; Süß/Trojan 2018; Schmidt 2014; Schnabel 2007).

TABELLE 2: Sortierung innerhalb der Themenfelder

Sortierung	Insgesamt	Ausgeschlossen	Eingeschlossen
Armut/Risikogruppen	49	28	21
Behinderung	20	14	6
Erreichbarkeit/Präventionsdilemma	48	34	14
Migration	14	4	10
Programme/Wirksamkeit	59	35	24
Gesamt:	190	115	75

3

Theoretische Rahmungen differenzierter Erreichbarkeit für Angebote Früher Hilfen aus Public-Health-Perspektive: Präventionsdilemma, Zielgruppenspezifität und Setting-Ansatz

Das übergreifende Ziel, Gesundheitsförderung für psychosozial belastete Familien mit Kleinkindern im Kontext Früher Hilfen zu betreiben, ist von Beginn an mit einigen erheblichen Schwierigkeiten verbunden (Geene 2018). Zunächst werden begrifflich in der Literatur unter sozial Benachteiligten ganz unterschiedliche Gruppen adressiert – etwa Personen, die Sozialhilfe empfangen, oder Alleinerziehende. Die Terminologie der sozial benachteiligten Gruppen schwankt in der Literatur deutlich, gemeint sind aber in der Regel Familien, die über wenig Einkommen verfügen, von staatlichen Transfereinkommen abhängig sind und über geringes kulturelles Kapital im Sinne Pierre Bourdieus (1983), also nur über formal statusniedrige Bildungsabschlüsse, verfügen. Häufig wird mit sozial benachteiligten Gruppen auch ein Migrationshintergrund oder Fluchterfahrung verbunden, allerdings geht es nicht um den Migrationshintergrund an sich, sondern in der Regel um spezifische ethnische Zugehörigkeiten und Gruppen, wie insbesondere Menschen mit türkischer und arabischer Zugehörigkeit oder der Zugehörigkeit zur Minderheitengruppe der Roma, während andere migrantische Gruppen aus zum Beispiel Japan, Frankreich oder Kanada eher weniger als Gruppen mit besonderen Bedarfen einer familienbezogenen Public-Health-Forschung auftauchen.

Im Folgenden werden drei in der Public-Health-Diskussion im Zusammenhang mit der eingeschränkten Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen und den daraus resultierenden gesundheitlichen Ungleichheiten besonders wichtige theoretische Begriffe und Ansätze genauer vorgestellt und auf ihre Übertragbarkeit auf Frühe Hilfen überprüft.

3.1 Das Präventionsdilemma und seine unterschiedlichen Dimensionen und Bezüge

Lässt man die begriffliche Varianz einen Augenblick beiseite, dann wird die grundlegendste Herausforderung für eine Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Familien durch den Begriff des Präventionsdilemmas (Bauer 2005) präzise ausgedrückt. Dieser Begriff bezieht sich streng genommen auf zwei ganz unterschiedliche Ebenen, zunächst empirisch auf die unterschiedliche Nutzung präventiver und gesundheitsfördernder Angebote von spezifisch benachteiligten, unterprivilegierten oder vulnerablen Gruppen. Hier lassen sich eine Reihe von Korrelationen finden, die zeigen, dass sich das Nutzungsverhalten von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten der Familien signifikant unterscheidet.

Ein immer wieder herangezogenes Beispiel in Deutschland ist die Teilnahme an den U-Untersuchungen: Hier gilt, dass Angehörige unterer sozialer Schichten und Familien kultureller Minderheiten seltener an den U7-, U8- und U9-Untersuchungen teilnehmen, während die Teilnahme der U1 bis U6 kaum differiert. Repräsentativdaten (aus dem Jahr 2008) liefert hierzu das Robert-Koch-Institut, das regelmäßig für das bundesdeutsche Gesundheits-/Krankheitsmonitoring zuständig ist. In seiner Ergebnisübersicht kommt es zu dem Schluss, dass »insbesondere Familien mit Migrationshintergrund sowie sozial schwache Familien [...] die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen seltener als der Schnitt [nutzen].« (RKI 2008, S. 127).

Auch wenn in den letzten Jahren die Inanspruchnahme an den U-Untersuchungen (auch für U8 und U9) stark zugenommen hat, bestehen noch immer signifikante Unterschiede bei der Inanspruchnahme nach sozioökonomischem Status und Migrationshintergrund (Schmidtke u. a. 2018). Obwohl einzelne Bundesländer wie

Hessen, Bayern oder Baden-Württemberg 2008 bzw. 2009 Maßnahmen zur verpflichtenden Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Kinder eingeleitet haben, gilt nach wie vor, »dass Kinder und Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus [...] seltener an den Früherkennungsuntersuchungen teil[nehmen] als Gleichaltrige mit hohem Sozialstatus« (RKI 2015b, S. 1). Dabei wird das Zusammenspiel von benachteiligenden Hintergrundvariablen selten genauer ausgeleuchtet, sondern entweder in bivariaten Zusammenhängen nebeneinandergestellt oder in Regressionsanalysen statistisch kontrolliert. Die in der Ungleichheitstheorie mittlerweile gängigen integraleren Modelle eines Zusammenwirkens unterschiedlicher Benachteiligungsdimensionen (Intersektionalität), in denen nicht auf einzelne Ungleichheitsdimensionen fokussiert wird, sondern vielmehr die Wechselwirkung unterschiedlicher Dimensionen wie zum Beispiel Geschlecht und Migrationshintergrund zum Gegenstand der Analyse wird, finden bislang wenig Eingang in die sozialepidemiologischen Studien. In einer eigenen in den Jahren 2006 bis 2009 BMBF-geförderten Studie (Bielefelder Evaluation von Elternedukationsprogrammen, BEEP) wurden die Indikatoren *soziale Schicht* und *Migrationshintergrund* zweidimensional erfasst. Es wird deutlich, dass zumindest für Nordrhein-Westfalen erst durch das Zusammenspiel von Schicht und Migrationshintergrund die unterschiedliche Inanspruchnahme der U-Untersuchungen sichtbar wird. Die Studie zeigt, dass zum Beispiel an der U8-Untersuchung Eltern mit Migrationshintergrund aus den unteren sozialen Schichten mit 66,7 % (im Gegensatz zu 89,7 % der Gruppe ohne Migrationshintergrund) deutlich seltener teilnehmen (vgl. hierzu umfassender Sahrai 2015, 2011).

Mit Blick auf die theoretische Figur des Präventionsdilemmas werden nun Befunde über schlechtere gesundheitliche Zustände, kindliche Entwicklungsrisiken, höhere Erkrankungsraten und

vorzeitige Sterblichkeit von sozial benachteiligten Gruppen mit einem *objektiv höheren Bedarf* an Prävention und Gesundheitsförderung oder psychosozialer Unterstützung assoziiert. Die Standardargumentation lautet, dass diejenigen, die psychosoziale Unterstützung, Prävention und Gesundheitsförderung zur angemessenen kindlichen Entwicklung sowie Aufrechterhaltung von Gesundheit im Lebensverlauf besonders nötig hätten, um den sozialen Benachteiligungen, denen sie ausgesetzt sind, zu begegnen, besonders selten entsprechende Maßnahmen nutzen. Das ist gerade aus einer familienbezogenen Perspektive relevant, weil sich frühe psychosoziale Unterstützung, Gesundheitsförderung und Primärprävention in der frühen Kindheit besonders günstig auf den weiteren Lebensverlauf auswirken (Smith 2008).

Dabei ist allerdings auffällig, dass die Figur des Präventionsdilemmas häufig in Verbindung mit verhaltensbezogenen und lebensstilrelevanten Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten verwendet wird. Dem lässt sich entgegen, dass die Wirkungen des Gesundheitsverhaltens ebenfalls abhängig von den verfügbaren allgemeinen Handlungsressourcen, der sozialen Lage, den Arbeitsverhältnissen und den Diskriminierungserfahrungen sein dürften, eine ausschließlich verhaltensorientierte Perspektive auf eine Verbesserung der kindlichen Entwicklung und Gesundheitssituation sozial benachteiligter Gruppen also zu kurz greifen dürfte. Nach Hagen Kühn (1993, S. 98/99) sind die »verhaltensabhängigen Gesundheitseffekte [...] in Schichten mit günstigeren Lebensbedingungen größer als unter ungünstigen. [...] Nicht nur das Gesundheitsverhalten, sondern auch dessen Wirkungen hängen von den sozialökonomischen Bedingungen ab. Je besser also die Lebensbedingungen, desto höher der Effekt gesunden Verhaltens.« So sind z. B. die positiven Effekte des richtigen Lüftens in Wohnungen andere, je nachdem, ob jemand in einer gut ausgestatteten

Neubauwohnung lebt oder in einer Wohnung mit Schimmelbefall. Auch Arbeitsbedingungen haben einen Einfluss auf die Wirksamkeit gesunden Verhaltens. So hat Nichtrauchen für Menschen mit akademischen Berufen andere Effekte als für eine Person, die im Straßenbau arbeitet, hier sind die gesundheitsschädigenden Effekte von Zigaretten im Verhältnis zu den gesundheitsschädigenden Wirkungen der Einatmung gefährlicher Dämpfe auf die Atemwege fast marginal. Und als ein weiteres Beispiel: Auch der Wohnort hat hier zusätzliche Effekte – schwarze Männer, die in bestimmten Stadtteilen von zum Beispiel New York leben, haben aufgrund hoher Kriminalitätsraten eine signifikant geringere Lebenserwartung als (weiße) Männer aus wohlhabenden Wohngebieten. Auch hier sind die Effekte von gesundem Verhalten, etwa durch gute Ernährung und viel Bewegung, eher geringfügig (Wilkinson 2005).

Allerdings ist der Begriff des Präventionsdilemmas keineswegs festgelegt auf die Ebene des individuellen Verhaltens im Sinne der Nutzung von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten. Ullrich Bauer fasst in seiner Studie das Präventionsdilemma zum Beispiel als Wirkungen hierarchisch angeordneter Institutionen. Wenn etwa Schulen in der unteren Schulformhierarchie seltener gute und wirksame Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote machen (können), dann werden Schülerinnen und Schüler ebenso wie deren Eltern durch bestehende institutionelle Hierarchien benachteiligt, auf die sie wenig Einfluss haben (Bauer 2004; Bauer/Bittlingmayer 2005). Wir wissen aus der raumbezogenen Sozialepidemiologie, dass sich das Wohnumfeld direkt und indirekt auf die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner auswirkt – so spielt beispielsweise Nachbarschaft im Hinblick auf die Verfügbarkeit von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten, aber auch im Hinblick auf öffentliche Spielmöglichkeiten, Erholungsflächen usw. eine bedeut-

same Rolle (Hoffmann u. a. 2014; Bittlingmayer u. a. 2009; Wilkinson 2005, S. 14/15). Diese institutionelle und weniger verhaltensbezogene Ebene des Präventionsdilemmas wird vergleichsweise selten berücksichtigt. In aller Regel lautet die Standardargumentation im Hinblick auf die Reduzierung gesundheitlicher und entwicklungsbezogener Ungleichheiten von sozial benachteiligten Gruppen, die auf die Diagnose des Präventionsdilemmas folgt, dass die verfügbaren Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention besser auf die Zielgruppen eingestellt werden müssen, damit sozial benachteiligte Gruppen eine erhöhte Inanspruchnahme-Quote und damit Gesundheitsgewinne realisieren können.

Im Kontext Früher Hilfen wäre demnach zu überprüfen, welchen Dimensionen des Präventionsdilemmas – der Verhaltens- oder der institutionellen bzw. Verhältnisebene – mit welchen Maßnahmen entgegengewirkt werden kann.

In den folgenden beiden Abschnitten werden zwei theoretische Konzepte vorgestellt, die in der Public-Health-Forschung und -Praxis als besonders vielversprechend gelten, wenn es darum geht, alle Gruppen mit Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung zu erreichen. Diese beiden Konzepte sind aus unserer Perspektive auch auf das Thema Erreichbarkeit von schwer erreichbaren Eltern im Kontext Früher Hilfen übertragbar.

3.2 Dilemmata der Zielgruppenspezifität in der Gesundheitsförderung und Prävention

Die Forderung nach einer Zielgruppenspezifität gesundheitsfördernder Angebote oder gesundheitsrelevanter Angebote Früher Hilfen ist auf den ersten Blick naheliegend. Wenn Familien durch bestehende allgemeine Angebote der Gesundheitsförderung oder Prävention nicht

erreicht werden, dann lassen sich zunächst einmal zwei Strategien entwickeln, die dem Abhilfe leisten können bzw. die Erreichbarkeit weniger sozial selektiv ausfallen lassen. *Erstens* könnte es eine Frage des Marketings sein, dass Angebote selektiv genutzt werden: Sind Programmflyer beispielsweise zu kompliziert geschrieben, könnten funktionale Analphabetinnen und Analphabeten oder soeben eingetroffene Asylsuchende nicht in der Lage sein, die relevanten Informationen zu entnehmen. Hier helfen Leichte Sprache oder Übersetzungen in Fremdsprachen. Als Teil von Marketingoffensiven werden dann Kampagnen und Strategien der besseren Ansprache entwickelt, die unterrepräsentierten Gruppen dabei helfen, die vorhandenen Angebote leichter zu nutzen. Diese marketingorientierte Strategie stößt schnell an Grenzen. *Zweitens* könnte es aber auch eine Frage der Passung zwischen Inhalten der jeweilig angebotenen Gesundheitsförderung (z. B. Nordic Walking als Alltagssport, Rohkost im Alltag oder Projekte wie das Eltern-Kind-Schwimmen, PeKiP) und dem subjektiv empfundenen Bedarf nach solchen Wissensinhalten und Verhaltenspraktiken sein; dieser Ansatz wäre zudem gehaltvoller. Das führt zu der Frage nach spezifischen Bedürfnissen von sozial benachteiligten Familien, die im Rahmen einer zielgruppenspezifischen Herangehensweise prinzipiell besser in den Fokus geraten als in nicht-zielgruppenspezifischen Angeboten. Wir möchten im Folgenden argumentieren, dass mit der selbstverständlichen Übernahme einer zielgruppenspezifischen Gesundheitsförderung – auch im Kontext Früher Hilfen – Dilemmata verbunden sind, die, analog zum Präventionsdilemma, als besonders hartnäckig gelten dürften. Im Thema Zielgruppen liegt die gesamte Komplexität des schwierigen Verhältnisses von Theorie und Praxis. Wir werden argumentieren, dass die mit einer zielgruppenorientierten Praxis auftretenden Dilemmata nicht lösbar sind, allerdings im Kontext von Frühen Hilfen und Ideen

wie Gesundheit für alle oder die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten zu berücksichtigen sind.

Klassische speziellere Zielgruppen in Public Health sind Gruppen, die als schwer erreichbar für die zur Verfügung gestellten Public-Health-Angebote gelten. Solche schwer erreichbaren Gruppen werden aus der betrieblichen Gesundheitsförderung (etwa die manuell tätigen Arbeiterinnen und Arbeiter) ebenso wie aus der Präventionsarbeit (schulbildungsferne oder sozial benachteiligte Gruppen, wohnungslose Menschen, Migrantinnen und Migranten) kontinuierlich gemeldet.

Dabei wird allerdings das Spektrum der schwer erreichbaren Gruppen in der Regel bei den Bemühungen, diese Gruppen doch für Public-Health-Angebote zu begeistern (oder in den autoritären Varianten wahlweise »zu ihrem Glück zu zwingen«), eingeschränkt. Denn es gibt eine Reihe von Zielgruppen, deren Gesundheit vermutlich ebenfalls von Public-Health-Angeboten profitieren würde, die aber kaum in den Blick genommen werden. Das liegt an dem klassischen Mittelschichtbias der Public-Health-Praxis (Hahn 2014; Bittlingmayer/Sahrai 2014b; Kühn 1993). Public-Health-Angebote sind häufig auf die Lebenswelten der Anbieterinnen und Anbieter solcher Kurse selbst zugeschnitten und repräsentieren darüber hinaus bestimmte Arbeitsumgebungen und die eigene soziale Positionierung im unteren sozialen Mittelfeld (Vester 2009). Menschen, die über erheblich mehr Status und Handlungsmacht verfügen, werden mit kursförmigen Angeboten kaum adressiert. Die Rede von den schwer erreichbaren Zielgruppen hat insofern immer schon einen Beigeschmack, wenn nicht alle empirisch schwer erreichbaren Gruppen mitaufgezählt werden.

Eine zweite problematische Form zielgruppenspezifischer Arbeit besteht in der vorherigen Reduzierung auf ein einziges Merkmal von Personen, die als Gruppe als schwer erreichbar

klassifiziert werden. Das wird besonders augenfällig bei der Gruppe der Migrantinnen und Migranten. In der Ungleichheitstheorie werden seit Jahren Intersektionalitäten, also die Wechselwirkung von Ungleichheitsbereichen, thematisiert, um darauf hinzuweisen, dass es nicht ein einziges Merkmal, sondern das Zusammenspiel von unterschiedlichen Merkmalen (zum Beispiel die Kombination aus ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, sozialem Status, Bildungshintergrund, körperlichen Einschränkungen, sexueller Orientierung und religiösem Glauben) zu Ungleichheitsverhältnissen führen (Sahrai 2009b). Unabhängig davon, wie überzeugend einem der Ansatz der Intersektionalität erscheint, ist die Perspektive zweifellos richtig, dass die Festlegung auf ein einzelnes Kriterium bei allen Formen von Diskriminierung im Normalfall nicht zutrifft: Also eine gesamtgesellschaftliche Unterdrückung von Frauen wird durch Frauen der Oberschicht oder in politischen Ämtern gebrochen und durch die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit möglicherweise verstärkt. Die überragende Mehrzahl der zielgruppenspezifischen Angebote kommt mit diesem Komplexitätsniveau nicht mit und reduziert die Adressierung auf eine einzelne soziale Kategorie wie Migrantinnen und Migranten, Kinder mit körperlichen Einschränkungen oder Alleinziehende etc. Auch aus der Perspektive der Public-Health-Theorie lässt sich dagegenhalten, dass Menschen immer Bündel von Ressourcen sind und sich nicht auf ihre Einschränkungen in den Handlungsressourcen festlegen lassen – das wäre der konsequente salutogenetische Gedanke. Das Fazit der Argumentation bis hierhin lautet also: Zielgruppen werden im Rahmen zielgruppenspezifischer Angebote häufig auf ein einziges Benachteiligungsmerkmal reduziert. Und trotzdem plädieren wir im letzten Abschnitt für eine zielgruppenspezifische Arbeit (vgl. hierzu auch Bittlingmayer/Sahrai 2014b, S. 7ff).

Die bisherige skeptische Argumentationslinie gegenüber zielgruppenspezifischen Angeboten ist sozialkonstruktivistisch und ungleichheitstheoretisch verankert und liefert aus unserer Sicht wichtige regulative Perspektiven auf eine allzu naive Praxis, die im Rahmen ihrer Zielgruppenkonstruktionen die Zielgruppen in dieser Form der problematischen Unterversorgung mit Public-Health-Angeboten gleich mitproduziert. Die Perspektive der Praxis ist tatsächlich zum Teil problematisch in der Fixierung auf die Frage »Was wirkt denn nun?« und »Wie komme ich zu meinen Klientinnen und Klienten?«. Trotzdem ist Vorsicht geboten, konstruktivistische Argumente für eine Public-Health-Praxis zu überzeichnen. Denn die scheinbare Radikalität des Arguments, dass Public Health zunächst die Gruppen konstruiert, die sie dann anschließend verarzten kann, hat seine materialistische Grenze an tatsächlich ungleichen Ressourcenausstattungen wie etwa körperlichen Beeinträchtigungen oder sozial ungleichen Lebensverhältnissen und Lebenserwartungen. Wenn sich zum Beispiel durch gute zielgruppenspezifische Angebote im Rahmen einer salutogenetisch orientierten Stadtteilarbeit, die von der Wohnbevölkerung genutzt wird, statistisch auffällig Rettungsdiensteinsätze, Unfallhäufigkeiten und Polizeieinsätze reduzieren und allgemein das Wohlbefinden steigern lässt, wäre es vollkommen zynisch, diese Angebote wegen möglicher stigmatisierender Effekte der Konstruktion eines problematischen Stadtteils zu kritisieren. Allerdings sollte bei der Ausgestaltung von Angeboten mitbedacht werden, dass es sich bei der Formulierung von Zielgruppen stets um »Zielgruppen auf dem Papier« handelt, die in natura komplexer sind, als in einer Konzeptarbeit abgebildet werden kann. Hier reichen partizipative Ansätze oder eine gesundheitskommunikative Perspektive deutlich weiter als klassisches Rezeptwissen. Die übergreifende und visionäre Zielperspektive von Public Health

sollte aber, unabhängig von ihrer im Augenblick geringen Chance einer Realisierung, die Herstellung gesellschaftlicher Strukturen sein, die die Perspektive einer Zielgruppenspezifität überflüssig macht. Ein gutes Beispiel hier ist die – noch immer kaum umgesetzte – Herstellung von Barrierefreiheit. Es würde also darum gehen, Barrierefreiheit als zielgruppenunspezifische Forderung in die Arbeitswelt zu übertragen.

3.3 Der Setting-Ansatz: Setting-Theorie zwischen systemischen und lebensweltlichen Perspektiven

Der Setting-Ansatz hat sich seit der Erklärung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 als Königsweg für die Implementierung und Verbreitung von Gesundheitsförderung und Gesundheitszielen etabliert. Er gilt als Gegenfolie für die problematischen »Komm-Strukturen« der Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote und hat zumindest das Potenzial, deutlich partizipativere Praxisformen zu generieren als Kursformate etwa an Volkshochschulen oder Elternakademien. Insbesondere für die sogenannten schwer erreichbaren Gruppen – Alleinerziehende, Menschen aus unteren sozialen Schichten oder Migrantinnen und Migranten –, die bislang durch Präventions- und Gesundheitsförderprogramme weniger erreicht werden, soll der Setting-Ansatz dazu beitragen, dass größere gesundheitliche Chancengleichheit hergestellt wird. Es gilt inzwischen als Konsens, dass der Setting-Ansatz »mittlerweile tatsächlich [als] die Kernstrategie zur Umsetzung der Gesundheitsförderung« (Altgeld 2008, S. 515) angesehen werden kann. Der Setting-Ansatz und Prinzipien und Strategien der Gesundheitsförderung sind spätestens nach Veröffentlichung der Ottawa-Charta der WHO eng verknüpft (Hurrelmann u. a. 2013). Deshalb ist der Setting-Ansatz auch

nicht um seiner selbst willen zu verfolgen, sondern soll als ein besonders geeignetes praxisbezogenes »Instrument der Umsetzung der Prinzipien der Ottawa-Charta in die Praxis« (Altgeld 2008), also der Umsetzung von Gesundheitsförderung als übergeordnetem Ziel, dienen. Diese starke, normativ gehaltvolle Perspektive wird aber selten dort, wo in der Praxis und in praktischen Projekten auf den Setting-Begriff verwiesen wird, aufrechterhalten (vgl. bereits Altgeld, 2004). Rosenbrock unterscheidet deshalb die normativ schlankere gängige Praxis einer *Gesundheitsförderung im Setting*, in der das jeweilige Setting als eine Art Container für eine bestimmte präventive oder gesundheitsfördernde Maßnahme dient (etwa außercurriculare Anti-Mobbing-Programme an Schulen), von einem *gesundheitsfördernden Setting*, in dem im Kontext von Organisations- und Institutionsentwicklung die Prozesse und Routinen mit Prinzipien der Gesundheitsförderung im Einklang stehen.

Geht es um die Übertragung des Setting-Begriffs auf die Frühen Hilfen, wäre im Hinblick auf die Frage nach schwer erreichbaren sozialen Gruppen der normativ gehaltvollere Ansatz zu wählen, weil in der Zielperspektive Früher Hilfen die Kompensationsansprüche von unterprivilegierten Gruppen bereits eingeschrieben sind. Allerdings ist eine Übertragung des Setting-Begriffs auf die Frühen Hilfen theoretisch sehr anspruchsvoll – paradoxerweise vor allem deshalb, weil es keine gut fundierte Setting-Theorie in der Public-Health-Theorie gibt (Engelmann/Halkow 2008). Verfolgt werden in der Regel gegenläufige theoretische Fundierungen, die sich im Hinblick auf die Frage nach Implementationsstrategien mehr oder weniger gegenseitig ausschließen.

Die eine Setting-Perspektive argumentiert **systemisch** und betont etwa die Eigenlogiken von Organisationen oder Institutionen. Dieser Perspektive zufolge ist die Implementation von Gesundheitsförderungs- oder Präventionsprogrammen ein höchst riskantes Unterfangen, weil

sie in die »normalen« Handlungsrou­tinen ein­gearbeitet werden müssen, und allein aufgrund der Etablierung neuer Verhaltensanforderungen – auch zur Verbesserung des eigenen Wohl­be­findens – mit erheblichen Widerständen und Subversion zu rechnen ist. Die systemische Vari­ante des Setting-Ansatzes betont die überindi­viduellen Einflussfaktoren auf individuelle Hand­lungsoptionen. Vor diesem Hintergrund geht es primär darum, die überindividuellen Strukturen zu verändern, um von dort aus individuelles Handeln zu steuern. Zugleich liefert eine syste­mische Perspektive sehr schwache Argumente, wenn es darum geht, Strukturen überhaupt zu verändern. Diese immanente Widersprüchlich­keit wird im Rahmen des Setting-Ansatzes kaum thematisiert (Engemann/Halkow 2008).

Ferner wird im Kontext des Setting-Ansatzes **sozialkonstruktivistisch** argumentiert. Sozial­konstruktivistische Ansätze sind vor allem dann plausibel, wenn etwa bei Interventionen auf der Ebene des Stadtteils oder Quartiers die Perspek­tiven der Bewohnerinnen und Bewohner mitein­bezogen werden. Wie ein Stadtteil oder Quartier von den Bewohnerinnen und Bewohnern erlebt wird – als Gefahrenraum oder als normaler Stadtteil, als besonders verwahrlost, sozialer Brennpunkt oder lebendige Solidargemein­schaft, in der man sich gegenseitig hilft, – ist nicht durch noch so progressive und intelligente Entwicklungen von Setting-bezogenen Gesund­heitsförderungsprogrammen am Schreibtisch festlegbar. Insbesondere die Frage nach objektiv feststellbarem Bedarf an Unterstützung (zum Beispiel gemessen an den im Stadtteil verübten Straftaten) und dem subjektiven Erleben der Bewohnerinnen und Bewohner geht zum Teil erheblich auseinander.

Schließlich wird der Setting-Ansatz als **lebensweltorientierte Perspektive** verstanden, in der es darum geht, Gesundheitsförderung dort zu betreiben, wo die Menschen leben, lieben, Freizeit verbringen und arbeiten (WHO 1986).

Ein theoretisch gehaltvoller Begriff der Lebens­welt, wie er in der Phänomenologie entwickelt und von Jürgen Habermas weiterverfolgt wurde, betont den vorreflexiven Charakter lebensweltlicher Interaktionsverhältnisse. In der Lebenswelt entwickeln (und verteidigen) Menschen ihre unterschiedlichen Konzeptionen des guten Le­bens. Interventionen, die auf eine Veränderung entweder der Lebenswelten selbst oder der Ver­haltensweisen, die im Kontext der jeweiligen Le­benswelt selbst hervorgebracht werden, abzielen, sind deshalb voraussetzungsreich und müssen mit Widerständen rechnen. Eine Lebensweltori­entierung muss in Betracht ziehen, dass die – aus Sicht der Gesundheitsförderung suboptimalen individuellen Verhaltensweisen – innerhalb spezifischer Lebenswelten durchaus rational sein können (Bittlingmayer/Sahrai 2014b; Schmidt/ Kolip 2007).

Mindestens diese drei unterschiedlichen theoretischen Zugänge zum Setting-Ansatz las­sen sich in der Literatur finden, und in der Regel stehen diese drei Zugänge nicht nur unvermittelt nebeneinander, sondern es existiert auch eine große Anzahl von unterschiedlichen Deutungen und Begriffsverwendungen der Begriffe System und Lebenswelt im Kontext der Public-Health-relevanten Setting-Literatur (vgl. Engemann/ Halkow 2008).

Diese theoretischen Unschärfen bedeuten, dass die naheliegende Übertragung der in den praxisorientierten Gesundheitswissenschaften populären Setting-Perspektive auf den Kontext Frühe Hilfen präzise angeben müsste, welches Verständnis des Setting-Begriffs (oder korres­pondierender Begriffe) für die Frühen Hilfen zugrunde gelegt werden sollte. Je nach Ver­ständnis würden sich dann Konzepte, Interven­tions- und Empowerment-Strategien maßgeblich unterscheiden. Es gibt neben den theoretischen Unschärfen allerdings noch ein weiteres Problem bei der Übertragung der Setting-Perspektive auf den Gegenstandsbereich der Frühen Hilfen. Die-

ses Problem wird durch den Gegenstandsbereich Frühe Hilfen selbst erzeugt. Der Setting-Begriff ist traditionell verortet als ein Mesoebenenbegriff, weil es sich in der Regel um überindividuelle (etwa Stadtteil, Schule, Kita, Gefängnis), aber nicht um gesellschaftsstrukturelle (etwa ökonomische, juristische oder politische) Dimensionen handelt, die mit dem Setting-Begriff adressiert werden. Der – vergleichsweise neue – integrale Gegenstandsbereich der Frühen Hilfen zeichnet sich dadurch aus, dass er unterschiedliche Settings in sich aufnimmt – die Settings Familie (kein »Setting« im eigentlichen Sinn), Kinderkrippe, Nachbarschaft/Quartier, klinische Settings (z. B. Arztpraxis, Hebammenpraxis) und Settings der Kinder- und Jugendhilfe, die bislang eher getrennt voneinander verhandelt wurden. Hinzu kommt, dass die Familie – dort wo hauptsächlich die Unterstützung durch Frühe Hilfen stattfindet – kein klassisches Setting ist, durch das Recht auf Privatsphäre geschützt ist und einer nochmals anderen Logik unterliegt als andere Settings (Geene 2015). Diese unterschiedlichen Einzel-Settings folgen jeweils anderen Logiken und sind – auch unter einer gemeinsamen Hilfefperspektive – nicht ohne Weiteres zu synchronisieren. Wenn der Setting-Begriff im Kontext Früher Hilfen eine Rolle spielen soll, dann im Zusammenspiel mit einer lebensweltlichen Verankerung, die die verhaltensgenerierenden Momente sozialer Nahwelt – Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Stadtteil – abbilden kann.

3.4 Konsequenzen aus den theoretischen Rahmungen Früher Hilfen

Im Hinblick auf die Etablierung eines neuen Gegenstandsbereichs der Frühen Hilfen als synthetisierender Zugang zu familialer Gesundheitsförderung und Unterstützung ist zunächst zu begrüßen, dass mit dieser Perspektive neue

Chancen etabliert werden können, dem Präventionsdilemma gerade auf seiner institutionenbezogenen Ebene zu begegnen. Das im Kontext von Gesundheitsförderung besonders zähe Präventionsdilemma lässt sich dann besser bearbeiten, wenn die verschiedenen (behördlichen) Schnittstellen, die von ressourcenschwachen und benachteiligten Familien genutzt werden könnten, gut vernetzt und integriert sind. Als wichtigste Konsequenz im Zusammenhang mit dem Präventionsdilemma wäre eine Perspektive zu vermeiden, der es primär um die Verhaltensänderungen benachteiligter Gruppen geht. Die naheliegende Einnahme einer zielgruppenspezifischen Perspektive von benachteiligten Familien im Kontext Früher Hilfen muss ebenfalls als Dilemma formuliert werden. Insbesondere ist zu vermeiden, dass durch das zielgruppenspezifische Angebot Stigmatisierungseffekte erzeugt werden, indem ausgerechnet benachteiligte Familien, die von den Frühen Hilfen erreicht werden und diese in Anspruch nehmen sollen, mit nachteiligen Konsequenzen konfrontiert werden. Andererseits müssen Frühe Hilfen zielgruppenspezifisch zugeschnitten werden, damit benachteiligte Personen auch vernünftig von den Angeboten profitieren können. Dieses Dilemma lässt sich nur dadurch lösen, dass partizipative Ansätze gestärkt werden, in denen die Wahrnehmungen, Denk- und Verhaltensmuster benachteiligter Personen nicht als zu überwindende Störgröße, sondern als fruchtbarer Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung und familiäre Unterstützung betrachtet werden. Der häufig im Zusammenhang mit Frühen Hilfen verwendete Setting-Begriff eignet sich aufgrund maßgeblicher theoretischer Unschärfen einerseits und aufgrund des »Multisetting-Charakters« des Gegenstandsbereichs Früher Hilfen andererseits nicht gut, um Frühe Hilfen zu charakterisieren. Eine direkte Übertragung des Setting-Begriffs auf Frühe Hilfen ist deshalb missverständlich. Allerdings ist der – in der lebensweltlichen the-

oretischen Verankerung verstandene – Setting-Ansatz ein wichtiger Schlüssel bei der Erreichbarkeit schwer erreichbarer benachteiligter Familien.

Im folgenden Unterabschnitt werden zwei komplexe Präventions- und Unterstützungsprogramme aus den USA und Großbritannien vorgestellt, die als Beispiele für national angelegte Großprojekte zur Unterstützung von benachteiligten Familien über einen langen Zeitraum implementiert worden sind.

3.5 Zwei Beispiele komplexer und umfassender internationaler früher Interventionen

Im Folgenden werden das bereits seit Jahrzehnten implementierte US-amerikanische Programm Head Start sowie das deutlich jüngere britische Förderungsprogramm Sure Start vorgestellt. Diese beiden Programme stehen stellvertretend für groß angelegte allgemeine und unspezifische Präventionsprogramme, die bereits früh ansetzen und die lebensweltliche Verankerung und kommunale Einbindung stark berücksichtigen. Auch wenn diese Programme bei der Umsetzung in Hochrisikosituation an ihre Grenzen stoßen (vgl. Ziegenhain u. a. 2010, S. 35), weisen eine Reihe von Evaluationsstudien Wirksamkeiten nach (auch wenn über die Gesamtbilanz der Programme Uneinigkeit besteht). Schließlich bestehen Analogien in der strategischen Ausrichtung der frühen Interventionen in der Familie zur Etablierung der Frühen Hilfen in Deutschland. Aus diesen Gründen sollen diese Programme ausführlicher präsentiert werden; bei der Vorstellung geht es im Wesentlichen um eine deskriptive Darstellung der Programme mit dem Ziel, einen kurzen Einblick in Länder zu erhalten, deren familienbezogene Politik der frühen Interventionen gegenüber Deutschland deutlich früher etabliert worden ist.

3.5.1 Head Start (USA)

Head Start ist ein US-amerikanisches Präventionsprogramm, welches Kinder armutsbetroffener Familien fördern soll, indem es schulische, gesundheitliche und soziale Unterstützung bietet (*Head Start Fact Sheet*; U.S. Department of Health & Human Services [HHS], o. J. a). Das Programm wurde 1965 im Rahmen des von Präsident Lyndon B. Johnsons so genannten »War on Poverty« ins Leben gerufen und erhielt stetigen, parteiübergreifenden Zuspruch sowie staatliche finanzielle Unterstützung (Garces u. a. 2002). Bei Head Start handelt es sich nicht nur um das älteste, sondern auch teuerste Präventionsprogramm der Vereinigten Staaten (*Head Start Fact Sheet*; HHS, o. J. a).

Head Start gilt mittlerweile als Oberbegriff für eine Reihe von Präventionsprogrammen, welche unterschiedliche Zielgruppen ins Visier nehmen. Die Programme teilen sich folgendermaßen auf:

- Early Head Start – für Schwangere, Neugeborene, Kleinkinder
- Head Start – für Vorschulkinder
- Family and Community Partnerships – Eltern/Familie; Eltern-Kind-Beziehung; Networking
- Migrant and Seasonal Head Start – Familien mit Migrationshintergrund; Saisonarbeitskräfte
- American Indian and Alaskan Native

Die Head-Start-Programme haben zum Ziel, die (früh-)kindliche Entwicklung in einer positiven Lernumgebung zu fördern. Hierzu implementieren die Programme verschiedene Bausteine, unter anderem:

- Frühkindliches Lernen – mit Fokus auf der individuellen Entfaltung sozialer Fertigkeiten, dem emotionalen Wohlbefinden sowie der Sprachentwicklung.

- Gesundheit – jedes Kind soll Unterstützung in seiner Entwicklung erfahren. Das Programm soll Familien zudem mit medizinischen und psychiatrischen Dienstleistern vernetzen.
- Familiäres Wohlbefinden – ein gesicherter Wohnraum, kontinuierliche Schulbildung sowie finanzielle Absicherung sind zentral.

Das Programm soll darüber hinaus die Eltern-Kind-Beziehung unterstützen und fördern (HHS 2018b; Deming 2009).

Grundsätzlich richtet sich das Head-Start-Programm an einkommensschwache Familien. Early Head Start fokussiert hierbei besonders die auch für Frühe Hilfen relevanten Gruppen wie zum Beispiel Schwangere, junge Mütter, Alleinerziehende oder belastete Eltern mit Kleinkindern bis zu vier Jahren (Love u. a. 2002; HHS o. J. b). Es werden verschiedene Variationen des Programms angeboten, die sich in der Herangehensweise unterscheiden: Die Intervention wird entweder hauptsächlich zu Hause angeboten (home-based approach), hauptsächlich am Sitz der zuständigen Institution (center-based approach) oder als Mischform der beiden (mixed approach). Love u. a. (2005) stellten in einer umfassenden Evaluation fest, dass insbesondere der mixed approach längerfristige, positive Auswirkungen für die Zukunft des Kindes nach sich zieht. Eine Annahme ist, dass mit einer Mischform von home-based und center-based approaches flexibler und gezielter auf die sich verändernden Bedürfnisse der Familien eingegangen werden kann (Love u. a. 2005).

Gemäß Deming (2009) lässt sich folgern, dass eine Teilnahme an Head-Start-Programmen längerfristig mit besseren schulischen Leistungen zusammenhängt und zudem mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einhergeht, dass das Kind später Verhaltensauffälligkeiten oder Lernschwierigkeiten aufzeigt. Gerade mithilfe der Hausbesuche wird die Eltern-Kind-Beziehung in

den Vordergrund gestellt, und es lassen sich dadurch auch Übertragungseffekte innerhalb von Mehrkinderfamilien beobachten, in denen nur eines der Kinder im Head-Start-Programm teilnahm (Garces u. a. 2002). Vom demografischen Gesichtspunkt her lässt sich ein Unterschied in der ethnischen Zugehörigkeit feststellen: Innerhalb der weißen Bevölkerung zeigen sich vermehrt positive Effekte im Rahmen schulischer und beruflicher Erfolge, hingegen zeigt sich in der afroamerikanischen Bevölkerungsgruppe zwar eine geringere Wahrscheinlichkeit für kriminelle Verhaltensweisen, jedoch bleiben die positiven Effekte im schulischen und sozialen Bereich längerfristig nicht bestehen (Garces u. a. 2002). Dies ist ein impliziter Hinweis darauf, dass es innerhalb der vulnerablen Gruppen weitere strukturelle Ungleichheiten – hier entlang ethnischer Zugehörigkeit – gibt, welche in der Umsetzung des Programmes ausgeklammert werden. Ein Anzeichen dafür könnte beispielsweise der von mehreren Studien diskutierte »Fade-Out-Effekt« sein, welcher besagt, dass sich zwar im schulischen und sozio-kognitiven Bereich einige kurzzeitige positive Effekte erkennen lassen, diese jedoch längerfristig nicht bestehen bleiben (Garces u. a. 2002; Currie/Thomas 1998; Karoly u. a. 1998; Barnett 1995). Janet Currie und Duncan Thomas (1998) weisen darauf hin, dass afroamerikanische Kinder, die an Head-Start-Programmen teilnehmen oder teilgenommen haben, verglichen mit anderen Kindern afroamerikanischen Hintergrundes oft auch an schlechteren Schulen unterrichtet werden. Weiße Kinder innerhalb des Head-Start-Programmes hingegen besuchen qualitativ ähnlich gute Schulen wie weiße Kinder, die den Head-Start-Kriterien nicht entsprechen. Dies deutet stark auf segregationspezifische und damit systemische Probleme hin, die sich über die Familie hinaus auf Institutionen ausweiten (vgl. hierzu auch Kapitel 6 weiter unten) – Christopher Jencks und Meredith Phillips (2011) nennen dies den

»Black-White-Test-Score-Gap«, welcher besagt, dass schwarze Schülerinnen und Schüler grundsätzlich schlechtere schulische Leistungen aufzeigen als weiße Schülerinnen und Schüler, da die afroamerikanische Bevölkerung grundsätzlich einer schlechteren Bildung ausgesetzt ist.

3.5.2 Sure Start (Großbritannien)

Sure Start ist eine Initiative der britischen Regierung, die im Jahr 1998 ins Leben gerufen wurde. Es gibt einige Ähnlichkeiten zum US-amerikanischen Programm Head Start. Das zugrundeliegende Ziel der Regierung war es, Kinderarmut und sozialer Ausgrenzung entgegenzuwirken. Verbunden damit war die Idee einer kommunalen Transformation, in der verschiedene Stadtteile und Bezirke aktiv in Entscheidungen über die Entwicklung und Bereitstellung von Dienstleistungen einbezogen werden, die ihren individuellen und kollektiven Bedürfnissen entsprechen (MacNeill 2009). Das Programm wurde im Jahr 2000 in die Praxis umgesetzt. In den ersten zwei Jahren nach Programmstart sollten bis zu 250 Sure-Start-Programme umgesetzt werden, mit dem Ziel, insgesamt 187.000 betroffene Kinder unter vier Jahren zu erreichen und zu fördern. Die finanzielle Ausgestaltung zeigte sich von Anfang an schwierig, besonders angesichts der plötzlichen Belastung für den Gesundheitssektor. Das Programm lief eher schleppend an, zudem war es unklar, ob die hochgesteckten Ziele tatsächlich erreicht wurden – dennoch wurde das Programm bis zum Jahr 2004 auf 500 Programme erweitert (Melhuish 2013). Außerdem gab es eine bedeutsame Änderung im Jahr 2004: Der Fokus lag nun nicht mehr ausschließlich auf der Verbesserung der späteren schulischen und sozialen Entwicklung des Kindes, sondern wurde insbesondere auf die Verbesserung der aktuellen Situation des Kindes, beziehungsweise der Familie, in die das benachteiligte Kind eingebunden war, gelenkt (Welshman 2010).

Ein wichtiger Eckpunkt von Sure Start ist, dass es sich dabei um ein Präventionsprogramm handelt, das regional gegliedert und nicht kontextual oder zielgruppenspezifisch ist (Love u. a. 2005). Die Idee dahinter ist, dass gerade in Regionen, die von großer existenzieller Not betroffen sind, früher interveniert wird. Mithilfe von schulischer Förderung soll eine spätere soziale Ausgrenzung im Jugend- und Erwachsenenalter präventiv verhindert werden: Es soll den Kindern helfen, ihr Potenzial innerhalb des Schulsystems zu erkennen, und negative Folgen, die als Konsequenzen des schulischen Scheiterns gelten, bekämpfen. Dies betrifft beispielsweise Jugendkriminalität und Arbeitslosigkeit wie auch Schwangerschaft im Teenageralter (Clarke 2006).

Das Programm wurde bis 2010 massiv ausgebaut, von 2011 bis 2017 wurde jedoch das Budget um zwei Drittel gekürzt (Cattan u. a. 2019). Sure Start hat keinen vorgeschriebenen Programmablauf, aber es sind Elemente vorgegeben, die in jeder dezentralen Programmumsetzung enthalten sein sollten. Melhuish (2013, S. 214) liefert hierzu die folgende Auflistung:

1. aufsuchende Arbeit und Hausbesuche,
2. Unterstützung der Eltern und Familien,
3. Unterstützung von hochwertigen Spiel-, Lern- und Betreuungserfahrungen für Kinder,
4. primäre und kommunale Gesundheitsversorgung und Beratung zu Kindergesundheit und -entwicklung sowie zur Familiengesundheit und
5. Unterstützung für Menschen mit spezifischen Bedarfen.

Die Programmatik und Alltagspraktik von Sure Start ist in der Gesamtschau mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Sure Start tendiert beispielsweise dazu, traditionelle Geschlechterrollen innerhalb einer Familie zu verstärken: Nach wie vor liegt die Hauptverantwortung der Erziehung

bei der Mutter. Ein weiterer, zentraler Kritikpunkt ist, dass das Programm vorwiegend auf die Veränderung des unmittelbaren Umfeldes des Kindes abzielt – d. h. hauptsächlich das individuelle mütterliche Verhalten –, dass aber die strukturellen und systemischen Ungleichheiten systematisch ausgeblendet bleiben (Clarke 2006). Ähnlich wie man das beim US-amerikanischen Programm Head Start erkennen kann, bedingen die strukturellen Unterschiede eine Kluft, wenn es um die Wirksamkeit des Programmes geht. Ein Leitsatz soll sein, dass individuelle Inklusion nicht gleichbedeutend ist mit struktureller Inklusion. Konkret heißt das, dass einige benachteiligte Familien besseren Voraussetzungen entgegenblicken, während andere benachteiligte Familien aufgrund der Limitationen im Rahmen der konkreten Implementierungsstrategien von Sure Start unerreichbar bleiben (Clarke 2006). Neben der politischen Problematik besteht eines der anspruchsvollsten Ziele in allen lokal orientierten Sure-Start-Programmen darin, die betroffenen Eltern aktiv in die Entwicklung und Implementierung des Programmes miteinzubeziehen (Allen/Black 2006) – dies ist vor allem deswegen wichtig, weil mit der aktiven Miteinbeziehung der relevanten Zielgruppe automatisch auch die Erreichbarkeit generell gesteigert werden kann (MacNeill 2009). MacNeill (2009) kam in ihrer Analyse zur Schlussfolgerung, dass es einige wichtige Bausteine gibt, die für eine Optimierung des Programmes geeignet sind. Unter anderem gehörten das Einführen einer Kultur des Zuhörens dazu sowie auch die Möglichkeiten für die elterliche Partizipation. Infolgedessen müssen Strategien entwickelt werden, welche die Beteiligung der Eltern erhöhen können.

Übergreifend zeichnet sich ein ambivalentes Bild ab: Trotz kritischer Punkte erreichen diese frühen Interventionen sozial benachteiligte Gruppen, wenn auch nicht alle; gleichzeitig bleiben die Ursachen für Benachteiligung (Verhältnisprävention) weitgehend unangetastet. Trotz

all dieser Maßnahmen ist zum Beispiel der auf die Kindergesundheit und kindliche Entwicklung durchschlagende soziale Gradient, der in der Abhängigkeit kindlicher Entwicklung von den sozialen Herkunftsmerkmalen besteht, nicht abgemildert worden (AAP Council on Community Pediatrics 2016).

Dies zeigt sich auch in dem mäßigen langfristigen Erfolg der Programme, wenn es darum geht, Chancengerechtigkeit herzustellen und Armut und soziale Ausgrenzung von Familien und Kindern in den beiden Ländern zu reduzieren.

Diese Programme stehen für einen erkennbaren politischen Willen, die Herkunftsabhängigkeit kindlicher Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten deutlich zu reduzieren und zu einer gesunden Entwicklung aller Kinder und Familien beizutragen. Obwohl enorme Summen über Jahrzehnte verfügbar gemacht wurden, waren die Ergebnisse solcher großflächiger politischer Steuerungsversuche eher ernüchternd. Über die Ursachen und auch die Gesamtbilanz beider Programme herrscht Uneinigkeit, dass aber soziale Strukturen einen deutlich stärkeren Impact auf die Entwicklung und Gesundheit von Kindern haben – etwa mit Blick auf die Verteilungsungleichheit von Einkommen und Vermögen oder die Entwicklung der Kinderarmut in den USA – ist kaum zu bestreiten (vgl. Piketty 2014).

Die folgenden Kapitel der Expertise sollen einen detaillierteren Blick auf die Merkmale schwer erreichbarer Eltern sowie auf die Systematiken von Barrieren bei der Inanspruchnahme Früher Hilfen liefern.

4

Merkmale der als schwer erreichbar geltenden Eltern

Die in diesem Abschnitt zu behandelnde Frage, wer genau die Gruppe ist, die durch präventive, gesundheitsfördernde und soziale Angebote nicht, schwer oder nur sehr eingeschränkt erreichbar ist, scheint zunächst unproblematisch und einfach. Allerdings zeigt bereits ein oberflächlicher Blick in die analysierte Literatur, dass die inhaltliche Bestimmung sogenannter schwer erreichbarer Zielgruppen mit ernsthaften Schwierigkeiten behaftet ist. Wie die Ausführungen in diesem Abschnitt in aller Kürze zeigen sollen, werden in der hier analysierten Literatur eine ganze Reihe von ganz unterschiedlichen Merkmalen von Familien benannt, die als Zielgruppe von Unterstützungsmaßnahmen benannt werden. Wie im Methodenabschnitt dargestellt, fängt das Problem schon damit an, die »Zielgruppe« für eine Studie konkret zu operationalisieren. So werden teilweise für ähnliche Verhältnisse und Merkmale in der Literatur unterschiedliche Begriffe verwendet, wie zum Beispiel sozial benachteiligte, von Armut betroffene oder belastete Familien oder Familien mit Migrationshintergrund oder Zuwanderungsgeschichte. Teilweise werden Begriffe auch nicht ganz trennscharf oder aber sehr allgemein verwendet, das gilt für Begriffe wie zum Beispiel belastete Familien, aber auch Familien mit Migrationshintergrund. Und schließlich werden die Zielgruppen teilweise sehr allgemein oder teilweise sehr konkret gefasst, wie zum Beispiel auf der einen Seite Familien mit psychosozialen Belastungen und auf der anderen Seite Eltern mit Behinderungen. Je nach Disziplin, theoretischer Position, Fragestellungen und/oder analytischem Zugang der Forschenden werden also unterschiedliche Gruppen in den Blick genommen, teilweise verschiedene Begriffe für dieselbe Gruppe verwendet, oder soziale Gruppen werden verschieden sortiert und kategorisiert.

Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff machen zum Beispiel in ihrer Expertise zum Thema der Elternarbeit mit »schwer erreichbaren Eltern« folgende Gruppen fest:

»Mehrheitlich werden unter dem Begriff ‚schwer erreichbare Eltern‘ folgende Gruppen diskutiert:

- Sozial benachteiligte Familien
- Bildungsferne bzw. bildungsbenachteiligte Eltern
- Familien mit Migrationshintergrund
- Multiproblemfamilien [...]
- Teilweise werden auch (berufstätige) Väter sowie Alleinerziehende dazu gezählt« (2008, S. 13).

Es gibt also nicht die eine einzige klare Möglichkeit, die Zielgruppe der als psychosozial belastet und/oder schwer erreichbar geltenden Familien zu bestimmen. Damit bleibt auch die Frage schwer zu beantworten, wie sie erreicht werden sollen.

Auch bei der Analyse der für die vorliegende Studie durchgesehenen Literatur wurden ganz unterschiedliche Begriffe und Gruppen entlang unterschiedlicher Kategorisierungen als schwer erreichbare Gruppe gefasst.

Am häufigsten werden als Zielgruppen Familien mit geringen Einkommen, Familien ohne eine reguläre Beschäftigung oder von Armut Betroffene genannt (Sarimski 2017; Neuhauser/Lanfranchi 2016; Richter-Kornweitz/Weiß 2014; Textor 2013; Krömker 2012; Bertram/Spieß 2010; Scheuerer-Englisch/Fröhlich 2010; Naggl/Thurmair 2008a; Kindler/Sann 2007; Avis u. a. 2007a; Emmel u. a. 2007; Brookes u. a. 2006; Mullis u. a. 2005; Bauer/Bittlingmayer 2005; Buchanan 2005; Gross u. a. 2001). Weniger oft, aber immer noch sehr häufig wurden ethnische Minderheiten oder Menschen mit Migrationshintergrund besprochen (Sarimski 2017; Walter u. a. 2015; Diez Grieser 2014; Preiss 2013; Krömker 2012; Hartung u. a. 2011; Sahrai 2011;

Scheuerer-Englisch/Fröhlich 2010; Naggl/Thurmair 2008a; Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2008; Garbers 2006; Chand/Thoburn 2005; Gross u. a. 2001). Auch eine geringe Schulbildung wurde oft als Einschlusskriterium für die Stichprobe genannt (Woeffray Burgener/Bortis 2017; Neuhauser/Lanfranchi 2016; Textor 2013; Krömker 2012; Kindler/Sann 2010; Scheuerer-Englisch/Fröhlich 2010; Naggl/Thurmair 2008a; Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2008; Emmel u. a. 2007). Etwa gleich oft wurden junge Eltern sowie unerwünschte Schwangerschaften genannt (Walter u. a. 2015; Krömker 2012; Scheuerer-Englisch/Fröhlich 2010; Leyendecker u. a. 2010; Woeffray Burgener/Bortis 2009; Naggl/Thurmair 2008a; Avis u. a. 2007; Emmel u. a. 2007; Barnes u. a. 2006; Garbers u. a. 2006; Mullis u. a. 2005). Analog werden Krankheit (auch psychische Krankheit) (Neuhauser/Lanfranchi 2016; Krömker 2012; Scheuerer-Englisch/Fröhlich 2010; Pretis/Dimova 2010; Leyendecker u. a. 2010; Woeffray Burgener/Bortis 2009; Naggl/Thurmair 2008a; Kindler/Sann 2007; Garbers u. a. 2006) sowie Drogenmissbrauch und -sucht (Neuhauser/Lanfranchi 2016; Krömker 2012a; Scheuerer-Englisch/Fröhlich 2010; Leyendecker u. a. 2010; Naggl/Thurmair 2008a; Kindler/Sann 2007; Emmel u. a. 2007; Garbers u. a. 2006; Faugier/Sargeant 1997) als Hard-to-reach-Faktoren verhandelt. Trotz der genannten Unterschiede kommen alle Studien zu ähnlichen Ergebnissen. So werden Armut, Arbeitslosigkeit, geringe Bildung, aber auch Migrationshintergrund fast immer als ein Indikator für die Schwererreichbarkeit identifiziert.

Die Begriffe sind insbesondere dann wenig präzise und trennscharf, wenn es sich um generalisierte Gruppenzugehörigkeiten theoretisch-konzeptionell komplexer Begriffe handelt. So muss immer hinterfragt werden, ob zum Beispiel jede Person mit Migrationshintergrund auch belastet oder hard-to-reach ist. Oder ob alle

jungen Eltern oder Menschen mit einer Krankheit tatsächlich schwer erreichbar sind. Oder ob es als Belastungsmerkmal gilt, alleinerziehend zu sein.

Besonders schwierig und anspruchsvoll wird die Bestimmung eingeschränkter Erreichbarkeit aber dann, wenn mehr als ein – in der Regel als Erreichbarkeits-Risikofaktor apostrophierter – Faktor involviert ist und mehrere Faktoren zusammenspielen. Kann eine Mutter nicht durch Migration eine geringe Schulbildung erfahren haben und deshalb arbeitslos sein und trotz prinzipieller (objektiver) Zugehörigkeit zur Gruppe der belasteten Familien durch kluge Interventionsprogramme erreicht werden? Obwohl die Wechselwirkung oder das Zusammenspiel verschiedener Merkmale in der Regel als zentral für die Erreichbarkeit anerkannt wird, wird jedoch nur selten ein intersektioneller Zugang gewählt.

Andere Artikel und Studien benutzen offenere Begriffe wie »sozial Benachteiligte«, »sozial Ausgegrenzte«, »Mehrfachbelastung« oder »benachteiligte Gruppen«.

Diese Begriffe sind wahrscheinlich zutreffender und umfassender, jedoch wird es wiederum schwierig, die individuellen kulturellen, persönlichen und sozialen Komponenten zu sehen.

In dem Abwägen von Explizitheit und Exaktheit spiegelt sich wiederum das Dilemma der Forschung zum Thema. Präzise Suchbegriffe (wie »Arbeitslosigkeit«) müssen nicht zwangsweise dem eigentlichen Suchmerkmal (»Belastungsmerkmale«) entsprechen. Andererseits können weitgefassere Begriffe (»Mehrfachbelastung«) zwar zutreffender sein, jedoch weniger präzise Aussagen über die individuellen Bedürfnisse und Bedarfe innerhalb eines Belastungsmerkmals machen.

5

Fördernde und hindernde Faktoren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten durch psychosozial belastete Familien – Perspektive Familien

Im vorherigen Kapitel wurde genauer bestimmt, welche unterschiedlichen sozialen Gruppen in der einschlägigen Literatur unter dem Label schwer erreichbar subsumiert werden. Wie im vorausgehenden Kapitel argumentiert, ist der Begriff der *schwer erreichbaren Eltern* eine generalisierende Metapher für ganz unterschiedliche Elterngruppen, deren Heterogenität unter anderem die Aspekte sozioökonomische Ausgangslagen und Handlungsressourcen, Präferenzen, Bedürfnisse, Erfahrungen, Traumata, Familienstruktur, Mobilitätsmöglichkeiten, verfügbare Sprachkompetenzen, bio-sozio-psychische Voraussetzungen, kulturelle Hintergrundüberzeugungen und Religiosität umfassen (Kindler/Sann 2010; Garbers u. a. 2006).

In diesem Kapitel geht es nunmehr um zwei grundlegende Motive im Kontext Früher Hilfen. *Einerseits* wird genauer dargestellt, welche Gründe in der ausgewählten Literatur angeführt werden, die die fehlende Erreichbarkeit der (heterogenen Gruppe der) schwer erreichbaren Familien erklären können. Auch wenn die Resultate der Literaturanalyse in diesem Kapitel vorrangig deskriptiv dargestellt werden, wird schnell deutlich, dass der Problemkontext fehlender Erreichbarkeit von Familien eingebettet ist in den größeren Kontext sozialer Ungleichheit. *Andererseits* geht es um die Darstellung der spezifischen Bedarfe von benachteiligten oder unterprivilegierten Familien, die Angebote zur Prävention, Gesundheitsförderung oder Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie Familienhilfe adressieren müssten, damit inhaltliche Anschlussfähigkeit an die Lebenswelten und Lebenssituationen ressourcenarmer Familien hergestellt werden kann.

5.1 Familiäre Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Die in der Literatur benannten Gründe und Erklärungsversuche für die schwierige oder eingeschränkte Erreichbarkeit von (heterogenen) Elterngruppen sind zahlreich, liegen aber auf ganz unterschiedlichen Strukturebenen. Aus unserer Perspektive sind eine ganze Reihe von Sortierungsmöglichkeiten denkbar, sodass wir hier nicht reklamieren, den einzigen sinnvollen Strukturierungsvorschlag herausgearbeitet zu haben. Dennoch sind aus unserer Perspektive vier Dimensionen von Barrieren deutlich zu differenzieren, die wir induktiv aus der untersuchten Literatur entwickelt haben: **individuelle Barrieren**, **angebotsspezifische Barrieren**, **materielle Barrieren** sowie **symbolische Barrieren**. Diese Dimensionen sind analytische Differenzierungen, und es lassen sich durchaus Überschneidungen ausmachen. So lässt sich etwa die Schwierigkeit elterlicher Sprachbarrieren als individuelles Defizit der Nichtbeherrschung der Standardsprache thematisieren. Sprachbarrieren können aber ebenso als Angebotsdefizit begriffen werden, wenn etwa Frühe Hilfen oder andere Hilfeangebote aus einer Menschenrechtsperspektive betrachtet werden und Eltern, unabhängig von ihren jeweiligen Skills und Kompetenzen ein Anrecht auf weitestmögliche Unterstützung zugestanden wird. Wir halten diese vier Dimensionen aber für ausreichend trennscharf, um die Literatur entlang der vier Barrieremuster auszuwerten, und verfahren mit spezifischen Barrieren in der Weise, dass die in der Literatur vorgefundenen Argumentationsmuster und Dimensionsbezüge aufgenommen werden. Konkret heißt das, dass Sprachbarrieren dann in zwei Barrieredimensionen gleichzeitig beschrieben werden können. Eine Perspektivänderung im Hinblick auf hiervon zu unterscheidende Barrieren, die innerhalb der Hilfeinstitutionen selbst

verortet sind, erfolgt in Kapitel 6. Im Folgenden wird zunächst nur deskriptiv verfahren und die Literatur präsentiert.

5.1.1 Individuelle Barrieren psychosozial belasteter Eltern

Eine große Anzahl von Studien benennt individuelle Barrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfeangeboten. Allerdings ist unbedingt zu betonen, dass nur die wenigsten Studien die geringere Inanspruchnahme durch schwer erreichbare Eltern in den alleinigen Verantwortungsbereich der Eltern rücken. Dennoch werden eine Reihe von Barrieren bestimmt, die in unterschiedlichem Maße den jeweiligen Eltern zuzurechnen sind und die als Bedingungen bzw. Erklärungsfaktoren für die geringere Inanspruchnahme fungieren.

Dazu gehört zunächst das *Themenfeld der Informiertheit*. Antje Richter-Kornweitz und Hans Weiß (2014) bestimmen fehlende Information und Unkenntnis als zwei bedeutsame Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfeangeboten im Allgemeinen und von Frühen Hilfen im Besonderen. Mark Avis u. a. (2007) halten hierzu fest, dass gerade Familien, die am meisten davon profitieren könnten, Schwierigkeiten haben, Informationen über entsprechende Angebote zu erhalten. Oft wird die Inanspruchnahme nicht nur durch fehlende, sondern auch durch falsche oder falsch perzipierte Informationen verhindert (Coe u. a. 2008). Hierzu können auch falsche Vorstellungen der Eltern zählen, die beispielsweise Programme und Angebote von Hilfeangeboten bzw. Früher Hilfen als Dienste im Rahmen allgemeiner Kinderbetreuung verstehen (Coe u. a. 2008). Eine Studie von Christine Preiss (2013) arbeitet heraus, dass Eltern teilweise auch nicht wissen oder in Erfahrung bringen können, inwieweit die elterliche Zusammenarbeit im institutionellen Kontext von der Institution bzw. dem Jugendamt selbst überhaupt gewollt ist. Das

bedeutet, dass Eltern nur schwer einschätzen können, ob sie – jenseits von Zwangsmaßnahmen zum Beispiel im Rahmen von Kindeswohlgefährdung – in Institutionen willkommen sind und elternpartizipative Ansätze verfolgt werden.

Das ist bereits ein Aspekt, der über Informationsmangel deutlich hinaus und auf das *Themenfeld der elterlichen Haltungen und Einstellungen* verweist. Dieses Themenfeld beinhaltet zunächst *biografische Motive*, die es den Eltern erschweren, umfassend an Hilfeangeboten zu partizipieren. Hierher gehören etwa Erfahrungen von vergangenen problematischen Beziehungen, zu denen beispielsweise gescheiterte Freundschaften, spannungsreiche Nachbarschaftsbeziehungen, aber auch Kommunikationsprobleme mit Behörden zählen können (Korfmacher u. a. 2008). Von verschiedenen Studien wird dargelegt, dass zum Teil Familienmitglieder – häufig auf der Grundlage spannungsreicher Verhältnisse mit jugendamtlichen Institutionen – Hausbesuche nicht zulassen und die als Privatangelegenheit aufgefasste Familie gegen (Frühe) Hilfeangebote abgeschottet wird (Ammerman u. a. 2006; Brookes u. a. 2006). Negative Erfahrungen können zu einem folgenreichen allgemeinen Vertrauensverlust führen (Sarimski 2017). Mark Avis u. a. (2007) konstatieren als direkte Konsequenz einen Vertrauensverlust von Eltern mit entsprechenden biografischen Erfahrungen in andere Eltern und Fachleute.

Ein allgemeiner Vertrauensverlust kann aber auch dazu führen, dass sich Eltern generell darum sorgen, ihr Kind an einem fremden Ort, selbst wenn es institutionell eingebettete Orte sind, alleine zu lassen (Avis u. a. 2007), sowie unspezifische Sorgen, mit Pädophilie in Berührung zu kommen, wenn die Kinder den als Schutzraum konstruierten Ort der Familie verlassen (Avis u. a. 2007). Die Konzentration auf die eigene Familie und der Versuch, selbst bei schweren Belastungen und Einschränkungen ohne fremde Hilfe zurechtzukommen, kann unter Umständen

dazu führen, dass der anvisierte Schutzraum zum Abschottungs- oder Zwangssystem wird (Evers 2008).

In den Bereich gehören natürlich auch *elterliche Einstellungsmuster und Präferenzstrukturen*. Hier berichtet eine Reihe von Autorinnen und Autoren, dass familiäre Motivationsprobleme als bedeutsame Barriere verstanden werden müssen. Mark Avis u. a. (2007) und Robert T. Ammermann u. a. (2006) postulieren, dass es vor allem ressourcenschwachen Müttern an Motivation und genügend Interesse fehle. Das ist deshalb besonders folgenreich, weil die Motivation, die eigenen Strukturen zu verändern (Sarimski 2017), unabdingbar ist für die Erreichbarkeit von ebendiesen bedürftigen Gruppen. In eine ähnliche Richtung argumentieren Ann K. Mullis u. a. (2005), die konstatieren, dass die Bedeutsamkeit oder Wichtigkeit von Elternunterstützung und Hilfeangeboten aufseiten schwer erreichbarer Eltern als nicht besonders hoch einzuschätzen ist. Schlechte Erfahrungen können aber auch zu Belastungen führen, die dermaßen kraftraubend sind, dass in ressourcenschwachen Familien zum Teil schlicht die Kraft fehlt, um die administrativen Erfordernisse zu bewältigen, die am Beginn einer sinnvollen Frühen Hilfe stehen (Richter-Kornweitz/Weiß 2014).

Das führt zu der subjektiven Einschätzung des eigenen Unterstützungsbedarfs durch ressourcenschwache und belastete Familien. Veränderte Geschlechter- und Generationenverhältnisse und Erlebenswelten (Heitkötter u. a. 2008) können zu Konflikten über den Bedarf oder die Umsetzung führen. Ann K. Mullis u. a. (2006) halten hierzu fest, dass ressourcenschwache oder belastete Familien teilweise ambivalente Gefühle über ihren eigenen Bedarf entwickeln, und schlussfolgern, dass schwer erreichbare Familien langfristig davon überzeugt werden müssen, profitieren und partizipieren zu können. Yves Hänggi u. a. (2014) zeigen auf, dass schwer erreichbare Familien nur bei schwerwiegenden

Problemen von alleine entsprechende Fachkräfte aufsuchen.

Einige wenige Studien machen zudem die eingeschränkte Erreichbarkeit spezifischer Elterngruppen an der *individuellen Kompetenzausstattung* fest. Hier werden zum einen fehlende soziale Kompetenzen genannt (etwa bei der Etablierung und Aufrechterhaltung unterstützender sozialer Netzwerke) (Brookes u. a. 2006). Zum anderen werden schlechte »Time-Management-Skills« der Mütter hervorgehoben, welche die Mütter davon abhalten würden, sich beispielweise an vereinbarte Termine zu halten (Ammerman u. a. 2006). Eine Studie des NZFH führt die elterlichen Steuerungskompetenzen als einen wichtigen Faktor für die Inanspruchnahme Früher Hilfen durch Eltern auf. Die Studie geht davon aus, dass die Steuerungskompetenz-erwartung (STK) die Selbstwirksamkeitserwartung von Eltern um die Steuerung und Nutzung »externer Akteure« erweitern würde. Eltern mit hoher STK sind nach der Studie offen für die Inanspruchnahme von Unterstützung, und es wird ein Zusammenhang mit einem hohen Selbstbewusstsein und Aktivität in der Auswahl und Steuerung von Angeboten für ihre Kinder hergestellt. Eltern mit niedriger STK (die im Durchschnitt stärker psychosozial belastet sind) hingegen nutzen Programme weniger und greifen weniger gezielt und geplant auf Unterstützungsangebote zurück (Neumann/Renner 2016).

Und schließlich werden in der Literatur noch *situationale Aspekte* hervorgehoben. Verschiedene Risikofaktoren können sich gegenseitig beeinflussen und verstärken und auf diese Weise situativ kumulieren (Ziegenhain 2010). Ferner lassen sich unter diesem Aspekt Hinweise auf akute Familienkrisen einordnen, die die Inanspruchnahme von (Frühen) Hilfe- und Unterstützungsangeboten erheblich erschweren oder Hausbesuche unmöglich machen (Ammerman u. a. 2006). Ute Ziegenhain (2010) zeigt, dass (situativ) hochbelastete Eltern deutlich weniger

kooperativ sind (und sein können). Im Hinblick auf die Betonung situationaler Aspekte ist es nach unserer Ansicht plausibel anzunehmen, dass selbst schwer erreichbare und ressourcenarme Familien mit Belastungsspitzen zu kämpfen haben, aber nicht durchgängig überfordert sind.

Die hier aus der Literatur extrahierten Argumente, die die Gründe für die schwierige oder eingeschränkte Erreichbarkeit gegenüber Hilfeangeboten vorrangig bei den Eltern lokalisieren, sind durch unseren methodischen Zugang etwas isoliert dargestellt. In der Gewichtung wird diesen elterlichen Barrieren in den meisten Studien kein Vorrang eingeräumt, auch wenn bis heute die öffentlichen Diskurse die elterlichen Verantwortlichkeiten in den Mittelpunkt rücken. Eine solche Verortung elterlicher Gesamtverantwortlichkeiten geht mehr oder weniger zwingend mit einem sogenannten *blaming the victim* einher, insbesondere dann, wenn andere Faktoren keine Berücksichtigung finden. In den folgenden Abschnitten werden weitere Barrieredimensionen dargestellt, die sich den elterlichen Handlungsräumen sukzessive entziehen.

5.1.2 Angebotsspezifische Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Die in der Literatur benannten Barrieren, die die Ursachen für die schwierige Erreichbarkeit spezifischer Elterngruppen zumindest auch im Angebotsspektrum der Hilfe- und Unterstützungsangebote verorten, lassen sich mit wenigen Ausnahmen auf unterschiedliche Varianten des übergreifenden Motivs der *fehlenden Zielgruppenspezifität* bzw. der *mangelnden Zielgruppenspezifität* zurückführen (vgl. zum allgemeinen Zusammenhang Bittlingmayer/Sahrai 2014a; Bauer/Bittlingmayer 2005). Diese mangelnde Zielgruppenspezifität äußert sich dann entlang einer Vielzahl von unterschiedlichen Hemmnissen in der Inanspruchnahme. Insgesamt lassen

sich zwei Unterdimensionen der Zielgruppenspezifität unterscheiden: Zum einen lassen sich Einschränkungen in einer angemessenen *Adressatenorientierung*, zum anderen in einer *fehlenden inhaltlichen und organisatorischen Passung* der Hilfeangebote ausmachen.

Im Kontext der *unzulänglichen Adressatenorientierung* stellen Ulla Walter u. a. (2015) heraus, dass Männer nicht erreicht werden, weil sie sich von den üblichen gesundheitsförderlichen Botschaften überhaupt nicht angesprochen fühlen. Klaus Sarimski (2017, S. 399 ff.) konstatiert im Kontext der Frühen Förderung, dass sich Väter nicht miteinbezogen fühlen. Gründe hierfür sind zum Beispiel der Eindruck, dass die väterliche Anwesenheit bei Beratungsgesprächen von Seiten der Fachkräfte der Frühförderung als nicht wichtig empfunden wird oder die Terminvorschläge mit den Arbeitszeiten berufstätiger Väter kollidieren. Ferner wird darauf hingewiesen, dass andere Zugangspersonen und Bezugspersonen wie zum Beispiel andere Familienangehörige und Verwandte bei der Erreichbarkeit eine essenzielle Rolle spielen, jene aber in der Ansprache und Adressierung der Zielgruppen kaum auftauchen (Brookes u. a. 2006).

Der deutlich größere Teil der analysierten Studien macht die *fehlende inhaltliche und organisatorische Passung* der Hilfe- und Unterstützungsangebote im Zusammenhang mit den Alltagserfordernissen und Lebenswelten schwer erreichbarer Familien geltend. Im Hinblick auf die *inhaltliche Passung* wird das allgemeine Angebot zum Beispiel von Susanne Hartung u. a. (2011) als zu wenig lebensweltorientiert beschrieben. Thomas Altgeld (2003) argumentiert analog. Bemängelt wird eine große Distanz zwischen Institution, institutionellem Angebot und dem Lebensraum der Familien (Klein 2009). Es wird moniert, dass die Angebote zu wenig auf die individuellen Bedürfnisse der jeweiligen Familien abgestimmt sind (Hartung u. a. 2011). Ferner wird bemängelt, dass sich der formelle Charakter

von Angeboten für das Erreichen von schwer erreichbaren und als institutionenfern beschrieben Familien weniger gut eignet. So zeigen Studien, dass Eltern mit geringen sozioökonomischen Ressourcen eher an elternbezogenen Aktivitäten in Kindertagesstätten partizipieren, wenn diese eher informell organisiert sind, wie etwa Flohmärkte oder Feste, als wenn zum Beispiel formell zu einem Elternabend eingeladen wird (Sahrai 2011; Altgeld 2003). Diese Präferenzstruktur sollte nicht mit elterlichem Desinteresse an kindlichem Wohlergehen verwechselt werden.

Die im vorherigen Kapitel herausgestellte große Heterogenität schwer erreichbarer elterlicher Zielgruppen, deren Wahrnehmung und Anerkennung eine zentrale Voraussetzung für eine vernünftige Angebotsentwicklung darstellen, hat die Kehrseite, dass die Lebenswelten schwer erreichbarer Familien selbst stark divergieren. Die fehlende inhaltliche Passung kann zum Beispiel ethnische bzw. kulturelle Hintergründe haben (Brackertz, 2007; Buchanan 2005). Dabei kann beispielsweise die Möglichkeit der Ausübung religiöser Praktiken eine Rolle spielen, indem etwa der Beginn von Hilfe- und Unterstützungsangeboten in den Fastenmonat Ramadan verlegt wird. Durch die verschiedenen (Er-)Lebenswelten innerhalb der Zielgruppe der »belasteten Familien« ist es besonders komplex und schwierig, allen Bedürfnissen gleichermaßen gerecht zu werden. Da jede Belastungsgruppe aber auch über andere Bedürfnisse, Partizipationsgrenzen und Handlungsmöglichkeiten verfügt, ist es äußerst schwierig, diese Heterogenität angebotsseitig abzubilden (Heitkötter 2008; Strohmeier 2008). Denn gelingt die Berücksichtigung der Bedürfnisse nur unvollständig, dann fühlen sich spezifische Familien nicht angesprochen (Preiss 2013; Hartung u. a. 2011). Die Anerkennung der Heterogenität schwer erreichbarer Familien muss also auf der Grundlage der Literatur verschiedene sozio-ökonomische Ausgangslagen, elterliche Präferenzen und Bedürfnisse, Erfah-

rungen, Familienstrukturen, psychische Voraussetzungen und (möglicherweise differente) kulturelle Vorstellungen gleichzeitig berücksichtigen (Kindler/Sann 2010; Garbers u. a. 2006).

Im Kontext *fehlender organisationsseitiger Passung* lassen sich zunächst Sprachbarrieren aufführen, die als eine große Hürde für die Wahrnehmung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten durch Teilnehmende mit Migrationshintergrund oder Fluchterfahrung beschrieben werden (Textor 2013; Kindler/Sann 2010; Coe u. a. 2008; Buchanan 2007; Mullis u. a. 2005). Fehlen hier etwa mehrsprachige Informationsangebote, wird allein durch die organisatorisch nicht glückliche Fokussierung auf die deutsche Sprache spezifische Exklusion zumindest in Kauf genommen. Jacqueline Barnes u. a. (2006) berichten, dass bei der Organisation von Angeboten für Angehörige ethnischer Minderheiten die Rekrutierung von Angehörigen derselben Minderheit als Hilfeleistende ein Drop-out verhindern kann. Zudem herrscht im Hinblick auf die Berechtigung der Wahrnehmung von Hilfen von Seiten migrantischer oder geflüchteter Eltern zum Teil ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit (Sarimski 2017). So haben nicht alle Ausländerinnen und Ausländer den gleichberechtigten Zugang zu allen Gesundheitsleistungen. Dies kann zu Unsicherheiten sowohl bei Eltern als auch bei den Fachpersonen darüber führen, welche Leistungen genau in Anspruch genommen werden können oder nicht, auch wenn die Angebote in der Versorgung und Vorsorge für kleine Kinder und Schwangere auch für diese recht umfassend sind (Paulus/Kühner 2018, S. 11, 14). Als weiteren Aspekt stellen zwei US-amerikanische Studien heraus, dass schwer erreichbare Familien oft umziehen und deshalb nicht mehr gefunden und erreicht werden können (Roggman u. a. 2008; Brookes u. a. 2006). Dies gilt in Deutschland insbesondere für geflüchtete Familien.

Ein wiederkehrendes Motiv ist die Kritik an der sogenannten »Komm-Struktur« vieler

Hilfeangebote (so etwa Hartung u. a. 2011; das Verhältnis von Komm- und Geh-Strukturen mit Blick auf Frühe Hilfen wird weiter unten ausgeführt). Die Teilnahme an den Angeboten kann aufgrund von Komm-Strukturen sogar als Belastung empfunden werden. Hingewiesen wird auf insgesamt ungünstige Öffnungs- und Kurszeiten, die sich primär nach den gängigen Arbeitszeiten der Hilfebringenden richten (Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2009). Die Arbeitszeiten der Familien machen eine Teilnahme schwierig bis unmöglich (Korfmacher u. a. 2008). Insbesondere dann, wenn keine Kinderbetreuung im Angebot eingeplant ist, können ressourcenarme Eltern mit eingeschränkten sozialen Netzwerken nicht teilnehmen (Rönnau-Böse/Fröhlich-Gildhoff 2009; Brookes u. a. 2006). Als weitere Faktoren eingeschränkter Möglichkeiten der elterlichen Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten werden alltägliche Belastungen wie (extensive) Hausarbeit (Walter/Jahn 2015) genannt. Darüber hinaus verlangen Komm-Strukturen offensichtlich die elterliche Möglichkeit, Mobilität realisieren zu können (Diez 2014). Dass räumliche Mobilitätsmöglichkeiten eine wichtige Dimension sozialer Ungleichheit sind, haben die Arbeiten des US-amerikanischen Stadtsoziologen und Mitglieds der Chicago-School Robert Park gezeigt. Dass der Raum eine eigenständige Ungleichheitsstruktur ist, hat insbesondere in den 1990er-Jahren der Stadtsoziologe Jens Dangschat (1998) herausgearbeitet. Das bedeutet kurz gesagt, dass Raum nicht einfach ein Medium für soziale Ungleichheiten ist, sondern durch die symbolische Dimension von Räumlichkeit (stigmatisierte Wohnquartiere) wie auch durch die materielle Dimension von Räumlichkeit (zum Beispiel Versorgungsungleichheiten in ländlichen Gebieten) eigene Effekte auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Wohnbevölkerung ausübt. Diese Übertragung von Raum als Ungleichheitsdimension und ungleicher Gesundheit hat

die Sozialepidemiologie eindrucksvoll geliefert. Mittlerweile zeigen Studien, wie sehr sich gesundheitliche Ungleichheiten entlang räumlicher Muster abbilden lassen. So variiert die Lebenserwartung zwischen Wohlhabenden und unterprivilegierten »neighbourhoods« in Washington, Detroit und New York im Durchschnitt bis zu 16 Jahren (z. B. Wilkinson 2005, S. 15ff.; vgl. auch Hoffmann u. a. 2014; Bittlingmayer u. a. 2009) (siehe hierzu den Abschnitt 5.1.3).

Ein letzter Aspekt organisationaler Passung, der sich nicht gut unter den hier angeführten Sortierungsvorschlag subsumieren lässt, ist der Verweis auf Probleme an der Schnittstelle medizinischer Versorgung und der Hilfeleistungserbringung. Nicola Wolf-Kühn und Raimund Geene (2009) weisen darauf hin, dass einerseits ärztliche Untersuchungen häufig psychosoziale Faktoren ausklammern, und andererseits psychosozial belastete Familien mit Unterstützungsbedarf dort nicht in ausreichendem Maße an Stellen vermittelt werden, die entsprechende Unterstützungsleistungen erbringen könnten. An dieser Schnittstelle hat sich jedoch in den letzten Jahren nicht zuletzt durch die Etablierung der Frühen Hilfen einiges getan, und die Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns haben sich verändert. In Kapitel 6.1 wird auf diese Barriere und die aktuellen Entwicklungen näher eingegangen.

5.1.3 Ressourcenbezogene Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Die ressourcenbezogenen Barrieren bei der Inanspruchnahme sind aus unserer Sicht ganz besonders sensibel im Zusammenhang mit der elterlichen Annahme von Hilfeangeboten, weil sie zu einem bestimmten Anteil auch dann greifen, wenn andere Barrieren – individueller oder organisatorischer Art – bereits überwunden sind. Das heißt, selbst wenn schwer erreichbare Familien erreicht werden, kann die Teilnahme

schwierig oder unmöglich werden, wenn es an notwendigen Handlungsressourcen mangelt (Klein 2009). In der Literatur werden hier unterschiedliche Handlungsressourcen benannt, die sich – so unser Sortierungsvorschlag – unter die Kategorien *fehlendes soziales Kapital* (grundlegend Coleman 1988; mit direktem Bezug zu Gesundheit und Familie: Hartung 2014), *fehlendes kulturelles Kapital* (grundlegend Bourdieu 1983) und *fehlendes ökonomisches Kapital* (z. B. BMAS 2017) einordnen lassen.

Im Zusammenhang mit gering ausgeprägtem *sozialem Kapital*, verstanden als Beziehungs- und Unterstützungsnetzwerke, mit deren Hilfe Ressourcen mobilisierbar werden, die zunächst nicht im eigenen Handlungsspektrum liegen, werden in der Literatur Familien, vor allem mit Migrations- oder Flüchtlingshintergrund, als zu wenig sozial integriert beschrieben, um von Hilfe- und Unterstützungsangeboten zu profitieren (Textor 2013). Allgemein mangelt es schwer erreichbaren Familien an Ressourcen für die Suche nach Unterstützung (Preiss 2013). Wegen fehlender oder anders gelagerter sozialer Netzwerke besteht nach Ansicht von Nicola Brackertz (2007) oft kaum Gelegenheit, mit den Hilfeangeboten in Kontakt zu kommen und davon zu erfahren. Bleiben die sozialen Netzwerke zudem auf die eigene Minderheitengruppe und den eigenen Sprachraum bezogen, muss von eingeschränkten Informationsnetzwerken bedürftiger Familien ausgegangen werden (analog gilt auch hier, dass fremdsprachige Angebote – auch Früher – Hilfeangebote hier angebotsseitig Abhilfe schaffen könnten). Als besonders sensibel im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Auftrag nach Inklusion arbeiten Antje Richter-Kornweitz und Hans Weiß (2014) heraus, dass Mütter mit einem behinderten oder von Behinderung bedrohtem Kind einen erheblichen zeitlichen Mehraufwand einkalkulieren müssen, der zulasten der verwandtschaftlichen oder nachbarschaftlichen Beziehungsknüpfung geht und

sich mithin zulasten des verfügbaren sozialen Kapitals auswirkt.

Im Hinblick auf die Verfügbarkeit des von Bourdieu so bezeichneten *kulturellen Kapitals* ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der durch Hilfe- und Unterstützungsangebote schwer erreichbaren Familien über ein eingeschränktes Maß an kulturellem Kapital, verstanden als Verfügbarkeit über Bildungsabschlüsse und über den Zugang zu Lebensstilen, die als gesamtgesellschaftlich normal und erstrebenswert akzeptiert gelten, verfügt. Die Nähe oder Ferne zu der legitimen Kultur als Maß kulturellen Kapitals, das verbunden ist mit Zugang zur Hochsprache, zur sprachlichen Gewandtheit, zur Durchdringung abstrakter administrativer Vorgänge, aber auch zum Bewusstsein über eigene Rechtsansprüche, ist ein bedeutsamer und noch wesentlich unerforschter Filter, mit dem Familien (auch Frühe) Hilfe- und Unterstützungsangebote selbstbewusst in Anspruch nehmen können. Denn der Zugang zu einer (Frühen) Hilfeleistung passiert nicht immer automatisch. Zum Beispiel muss die Frühförderung durch die Eltern selbst – und teilweise gar gegen verantwortliche Institutionen – erkämpft werden. Dies deshalb, weil je nach Definition nur gewisse Kinder ein Recht auf finanzielle Unterstützung für die jeweilige Fördermaßnahme haben. Die Hilfeleistung hängt vom Ermessensspielraum der behördlichen Person ab, die die Diagnose stellt, und diese ist ihrerseits davon abhängig, inwieweit es der diagnostizierenden Person und der hilfeschuchenden Familie gelingt, eine gemeinsame Sprache und Situationsdefinition zu finden (Richter-Kornweitz/Weiß 2014). Selbst im Kontext der Frühen Hilfen werden Hilfeleistungen oder Präventionsprogramme (insbesondere primärpräventive Angebote) trotz aller aktuellen Bemühungen noch immer stark von bildungsnahen Gruppen frequentiert (Eickhorst u. a. 2016). Von Armut betroffene Familien werden von Angeboten Früher Hilfen unterdurchschnittlich

erreicht. Die Konsequenz daraus wird vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen programmatisch so formuliert, dass deren Angebote für Armutsfamilien noch passgenauer zu gestalten sind, etwa niedrigschwellig, nichtstigmatisierend, differenz- und armutssensibel (NZFH 2020). Wenn es gelingt, Angebote passgenau zuzuschneiden, dann erhöht das die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme psychosozial belasteter Familien (Salzmann/Fullerton/Sann 2021). Das Auffinden einer gemeinsamen Sprache und einer gemeinsamen Situationsdefinition ist – das ist das theoretisch-sprachsoziologische Argument Pierre Bourdieus oder Basil Bernsteins – dann wahrscheinlicher, wenn die interagierenden Personen über vergleichbares kulturelles Kapital verfügen. Wir würden davon ausgehen, dass die Verfügbarkeit über kulturelles Kapital als spezifischer Filter fungiert, durch den Familien die Hilfe- und Unterstützungsangebote besser für sich nutzen und sich aneignen können. Aber hier ist eine deutliche Forschungslücke zu konstatieren.

Während die Ausstattung an sozialem und kulturellem Kapital in den schwer erreichbaren Familien bei der Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten eher indirekt wirkt, wirkt sich die Verfügbarkeit über ökonomisches Kapital direkt aus. Auch wenn es für ein wohlhabendes Land wie Deutschland mit einem noch immer international vergleichsweise geringen Gini-Koeffizienten (OECD 2010) und einem im internationalen Maßstab trotz gewichtiger Einschnitte noch immer vorhandenen Sozialstaat ungewöhnlich erscheint, so haben manche Familien nicht das Geld dafür, Hilfe- und Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Monetäre Ressourcen bei den Familien bzw. ein kostenloser Zugang zu Unterstützungsleistungen sind damit die Bedingung der Möglichkeit einer Inanspruchnahme überhaupt.

Der direkteste Faktor sind Kostengründe in Form von Gebühren, Teilnahmezuschüssen oder Unkostenerstattungsbeiträgen (Hartung u. a.

2011). Im Kontext von Gesundheitsförderung hält Ullrich Bauer (2005) dabei fest, dass (vollständig) unentgeltliche Maßnahmen mit zunehmender Privatisierung des sozialen Sektors auf dem Rückzug sind.

In der Literatur wird darüber hinaus in vielen Studien darauf hingewiesen, dass logistische Gründe die Teilnahme erschweren oder unmöglich machen können, d. h. das Thema Mobilität spielt eine hervorgehobene Rolle (Hänggi u. a. 2014; Hartung, u. a. 2011; Sahrai 2009a). Mobilität zu organisieren ohne – in der Regel weniger aus ökologischen, sondern aus Ressourcengründen – ein Auto zu besitzen, kostet Zeit und Geld (Coe u. a. 2008). Einkommensschwache Familien ohne Auto haben zum Teil keine Möglichkeit, regelmäßig Geld für ein Busticket zu bezahlen. Komm-Strukturen verlangen diejenige Mobilität, die sich zumindest ein Teil der schwer erreichbaren Familien kaum leisten kann (Diez/Grieser, 2014; Avis u. a. 2007; Emmel u. a. 2007).

Für die Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten ist aber nicht nur Geld, sondern auch Zeit eine unabdingbare Ressource. Dabei ist die Ressource Zeit nicht eindimensional zu verstehen. Fehlende Zeit wird allgemein als Grund für die Nicht-Erreichbarkeit genannt, etwa von einkommensarmen Familien (Brackertz 2007). Auch wenn der Zusammenhang auf den ersten Blick nicht ohne Weiteres zu erkennen ist, so hängen doch Geldmangel und Zeitmangel eng zusammen. Familien, die mit sehr wenig Geld auskommen müssen, sind darauf angewiesen, möglichst günstig einzukaufen oder Dinge selbst zu organisieren, die im Falle monetärer Besserstellung einfach als Dienstleistung gekauft werden können. Das heißt beispielsweise, längere Anfahrten in Kauf zu nehmen, um die alltäglichen Einkäufe günstig abzuwickeln, permanent Prospekte mit Sonderangeboten zu inspizieren oder regelmäßig Dinge bei Online-Plattformen zu ersteigern, die im normalen Fachhandel zu teuer wären. Zu beden-

ken ist hier auch, dass die Anzahl der sogenannten Working Poor und die Anzahl der Menschen mit Mehrfachbeschäftigungen in den letzten zwei Jahrzehnten mehr oder weniger kontinuierlich gestiegen ist (vgl. BMAS 2008 ff.). So hat sich etwa die Anzahl der Mehrfachbeschäftigten von 1,8 Millionen im Jahr 1999 auf 4,1 Millionen im Jahr 2010 mehr als verdoppelt (Statista o. J. a). In dieser Variante bedeutet Zeitarmut vor allem, es sich nicht leisten zu können, auf Arbeitszeit (in der Regel im Mindestlohn) verzichten zu können, um etwa an Fördermaßnahmen oder sinnvollen Hilfe- und Unterstützungsangeboten (auch im Kontext Früher Hilfen) teilnehmen zu können (Sahrai 2009a; Emmel u. a. 2007).

Im Kontext von bedrohlicher bzw. strenger Geldarmut weisen für den anglo-amerikanischen Raum Studien darauf hin, dass einkommensschwache Familien oft gar keinen Telefonanschluss hatten und deshalb schlecht oder gar nicht erreicht werden konnten (Brookes u. a. 2006; Snell-Johns u. a. 2004). Bei Familien, die kein Zuhause haben, sind Hausbesuche quasi unmöglich (Brookes u. a. 2006). Für Deutschland sind diese Befunde sicherlich nur eingeschränkt übertragbar. Allerdings betonen auch deutsche Studien, dass durch prekäre familiäre Wohnverhältnisse die Privatsphäre fehlt, um sensible Themen besprechen zu können (Ammerman u. a. 2006). Eine kleine Wohnungsgröße lässt deshalb auch Unterstützung weniger zu (Richter-Kornweitz/Weiß 2014). Dieses Motiv ist in Zeiten massiver städtischer Verteuerung von Wohnraum als dringlich zu verstehen.

5.1.4 Symbolische Barrieren bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten

Die letzte Dimension von Barrieren, mit denen Familien bei der Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten zum Teil zu kämpfen haben, haben wir als symbolische

Dimension bezeichnet. Diese Dimension liefert – mindestens zum Teil – Erklärungsmuster für die schwierige Erreichbarkeit spezifischer Elterngruppen und liegt theoretisch auf einer Ebene, die der Sozialepidemiologe Sir Michael Marmot als »causes of the causes« bezeichnet hat (etwa Marmot 2018). Symbolische Barrieren wirken auf einer Ebene, die eine Inanspruchnahme schwer erreichbarer Eltern verhindert, selbst wenn genügend Kenntnisse und Informationen über die Programme und Hilfeangebote bestehen sowie genügend materielle Mittel für eine Teilnahme vorhanden sind (Hänggi u. a. 2014). Diese symbolischen Barrieren lassen sich aus der analysierten Literatur theoretisch ableiten – es wird selten in aller Deutlichkeit auf sie verwiesen. Bestimmen lässt sich in diesem Zusammenhang ein Theoriedefizit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung, Sozialer Arbeit, Kindheits- und Familiensoziologie sowie Sozialisationsforschung. In den seltensten Fällen wird bzw. werden eine theorieorientierte Empirie betrieben oder gesellschaftstheoretische Argumente in Anschlag gebracht. Es sollte bei der Unterscheidung von vier verschiedenen Ebenen elterlicher Barrieren im Kontext der Inanspruchnahme (Früher) Hilfe- und Unterstützungsangebote aber die Notwendigkeit von klaren theoretischen Positionierungen deutlich geworden sein. Im Hinblick auf symbolische Barrieren lassen sich schließlich zwei differente, wenn auch miteinander verbundene Momente symbolischer Barrieren auseinanderhalten: erstens die *Symbolik der Behörde als Bedrohungsinstanz* und zweitens die *Symbolik guter Elternschaft*.

Symbolik der Behörde als Bedrohungsinstanz

Eine Reihe von Studien betonen symbolische Hindernisse in dem Sinne, dass die Behörde oder die Hilfeebringenden als Bedrohungsinstanz bei der Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten wahrgenommen wer-

den: So verweisen Mark Avis u. a. (2007) darauf, dass Eltern Angst haben, um Hilfe zu bitten. Denn das verlangt die Bereitschaft, einer Behörde oder einem privaten Anbieter von Hilfeangeboten Einblicke in die eigene problematische familiäre Situation zu gewähren. Vielen Eltern mangelt es dafür aber an Selbstbewusstsein. Noch vor wenigen Jahren war die Kinderbetreuung vor der Einschulung als klare Privatsache deklariert (Rauschenbach 2008), was gedanklich in der jetzigen Generation der Eltern, die selbst noch unter diesen Bedingungen aufgewachsen sind, immer noch verankert sein dürfte. Ängste, Unsicherheiten und ein befürchtetes Stigma, als Klientel des Jugendamtes oder anderer städtischer/ländlicher Behörden sichtbar zu sein, und sei es auch nur als Teilnehmende einer Hilfemaßnahme, kommen dazu.

Die Angst vor Verurteilung (Mullis u. a. 2005) und die Angst, bloßgestellt zu werden, sind sehr hoch (Tschöppe-Scheffler/Wirtz 2008). Eltern berichten von einem massiven Schamgefühl (Geene 2015). Die erlebte Scham kann so groß sein, dass sie schwer erreichbare und ressourcenschwache Familien Nicola Wolf-Kühn und Raimund Geene (2009) zufolge unmittelbar an der Teilnahme hindern kann. Sozial benachteiligte Familien halten die Teilnahme an einem Förderprojekt oft für nicht sozial erwünscht und nehmen, weil sie sich selbst nicht als legitime Adressatinnen und Adressaten wahrnehmen, dementsprechend nicht teil (Woeffray Burgener/Bortis 2009). Schwer erreichbare und unterprivilegierte Eltern werden oft als prinzipiell skeptisch gegenüber den Jugendämtern beschrieben (Geene 2015). Häufig wird dabei die unspezifische Angst zum Ausdruck gebracht, die Kinder könnten weggenommen werden oder man müsse, im weniger drastischen Fall, etwas tun, das man nicht will (Pretis/Dimova 2010). Sarimski hält in einer aktuellen Studie fest, dass Familien sich nicht trauen zu kommen, weil sie Angst haben, direkt zu einer verbindlichen Mitarbeit

gezwungen zu werden, weil die Hilfebringenden an einer langfristigen Zusammenarbeit mit schwer erreichbaren Eltern interessiert sind, wohl wissend, dass schwer erreichbare Eltern mit komplexen Problemlagen konfrontiert sind (Sarimski 2017). Wenn schwer erreichbare Eltern doch mitmachen, wird von den Hilfebringenden die geringe eigene Partizipation beanstandet (Altgeld 2008/2003). Ämter gehen für Familien mit dem unangenehmen Gefühl von Autorität einher, weil sie mit staatlicher Durchsetzungsmacht ausgestattet sind, gegen die die Handlungsmacht gerade benachteiligter und ressourcenschwacher Eltern erhebliche Asymmetrien aufweist (Avis u. a. 2007). Schließlich wird etwa von Alexandra Klein (2009) herausgestellt, dass die Eltern Kontrolle befürchten und deshalb eine Art Schwellenangst ausbilden, überhaupt mit den Diensten und Hilfebringenden in Kontakt zu treten.

Symbolik guter Elternschaft

Während die Asymmetrie zwischen behördlicher Handlungsmacht und Sanktionspotenzial und unterprivilegierten Eltern deutlich nachvollziehbar ist, wirkt die zweite symbolische Dimension, die *Symbolik guter Elternschaft*, im Medium der Selbstexklusion gegenüber zumindest potenziell gleichrangigen an Hilfemaßnahmen teilnehmenden Eltern. Eine Vielzahl von Studien stellt heraus, dass unterprivilegierte und ressourcenschwache Eltern bzw. Eltern, die kulturellen, religiösen oder ethnischen Minderheiten angehören, nicht davon ausgehen, dass sie automatisch als gleichwertige Mitglieder von Unterstützungs- und Hilfemaßnahmen betrachtet werden. Das ist die Ursache, warum etwa Ängste bestehen, neue, potenziell unterstützende Leute kennenzulernen (Avis u. a. 2007). Insbesondere bei migrantischen bzw. geflüchteten Eltern besteht die Angst, sich nicht verständigen zu können (Coe u. a. 2008). Selbst wenn die kulturelle Akzeptanz, ein Angebot anzunehmen oder

nicht, eine entscheidende Rolle spielt und als Filter dient (Snell-Johns u. a. 2004), wird die Angst von Minderheiten vor Rassismus als weitverbreitet beschrieben (Chand/Thoburn 2005). Nach Martin R. Textor (2013) sind schulbildungsferne und unterprivilegierte Familien eingeschüchtert durch sprachgewandte deutsche Mittelschichteltern, wenn eigene Sprachschwierigkeiten bestehen. Eine Studie betont hier das elterliche Gefühl von Hilflosigkeit, wenn die imaginierten Standards subjektiv nicht erbracht werden können (Avis u. a. 2007). Dabei dürfte es sich nicht nur um das mögliche Sprachgefälle zwischen Migrantinnen und Migranten bzw. Geflüchteten und Autochthonen handeln, sondern mit der millionenfachen Verbreitung des sogenannten funktionalen Analphabetismus geht die sprachliche Einschüchterung weit über kulturelle und ethnische Differenzlinien hinaus (Grotlüschen/Riekman 2013; Krenn 2013).

Die Einschüchterung durch Mittelschichteltern in allen familialen Hilfebereichen äußert sich auch darin, dass Eltern von ihrer Angst berichten, dass sich das Verhalten ihres Kindes als problematisch, unangemessen oder beschämend erweisen könnte (Avis u. a. 2007). Wenn das Kind sich nicht normgerecht verhält, denken – bei allen Schwierigkeiten von normativen Festlegungen an dieser Stelle (vgl. etwa Hoffmeister 2008) – gerade unterprivilegierte und ressourcenschwache Eltern einer Studie von Günther Opp (2016) zufolge, sie könnten von anderen Eltern oder den Hilfeebringern als »Rabeltern« eingeschätzt und damit in ihrer Elternrolle missachtet oder kritisiert werden. Ähnlich gelagert ist die kulturelle Norm, die gerade auch unterprivilegierte Mütter (aber nicht Väter) internalisiert haben, Kinder – selbst im Zusammenhang von (Frühen) Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen – auch nicht temporär abgeben zu dürfen, weil es als Verrat gegenüber dem Kind interpretiert werden könnte (Avis u. a. 2007). Der Glaube an die *eine* richtige Kindeserziehung ist für Fami-

lien mit erheblich eingeschränkten Ressourcen oder kulturell differenten Normvorstellungen dabei besonders problematisch (Tschöppe-Scheffler/Wirtz 2008), weil in der Differenz zu diesem Idealbild schambesetzte Konstruktionen und Interpretationen folgen (Opp 2016). Ein besonders schwerwiegendes Problem solcher schambesetzten Selbstzuschreibungen in der Elternrolle liegt dann vor, wenn mindestens ein Elternteil unter einer psychischen Erkrankung leidet. Obwohl die Prävalenzen von psychischen Erkrankungen kontinuierlich ansteigen, auch unter Eltern, sind psychische Erkrankungen nach wie vor stark stigmatisiert (Snell-Johns u. a. 2004; zum besonderen Problem der psychosozialen Versorgung von Kindern psychisch erkrankter Eltern gibt es mittlerweile auch in Deutschland eine befriedigende Anzahl Studien; vgl. Lenz/Wiegand-Grefe 2016, 2017; Lenz/Brockmann 2013, 2016; Lenz 2014; Bauer/Driessen 2012; Bauer u. a. 2012).

Die beiden hier beschriebenen unterschiedlichen Ebenen symbolischer Barrieren bei der Inanspruchnahme können je für sich auftreten. Sie stehen in keinem zwingenden Bedingungsverhältnis. Wenn sie aber kumulieren und gemeinsam auftreten, dann ist die Erreichbarkeit von unterprivilegierten Eltern, die diesen symbolischen Barrieren ausgesetzt sind, extrem schwierig und aufwendig. Die vier unterschiedlichen elterlichen Barrieren bei der Inanspruchnahme (Früher) Hilfe- und Unterstützungsangebote liegen auf unterschiedlichen Strukturebenen. Es sollte aber klar geworden sein, dass es keine einfache Antwort auf die Frage der Erreichbarkeit schwer erreichbarer Eltern und Familien gibt. Zum einen, weil die Ursachen und Zielgruppen sehr heterogen sind, und zum anderen, weil die einzelnen Faktoren häufig zusammenspielen und eine unübersichtliche Gemengelage von Hinderungsgründen ergeben.

Im folgenden Abschnitt soll ein Perspektivwechsel erfolgen, und der Fokus verschiebt sich von der Konzentration auf negative und hin-

derliche Faktoren auf die konkreten positiven Bedürfnisse von schwer erreichbaren Eltern, die Angebote Früher Hilfen zu erfüllen haben, sollen schwer erreichbare Eltern besser bzw. großflächiger erreicht werden.

5.2 Bedürfnisse und Präferenzen schwer erreichbarer Eltern

Die Herausarbeitung spezifischer Bedürfnisse und Präferenzen der unterschiedlichen Zielgruppen, die unter dem zusammenfassenden Label schwer erreichbarer Eltern subsumiert sind, scheint die logische positive Kehrseite nach der Darstellung der vielfältigen Barrieren, die eine Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten erschweren oder verhindern. Allerdings verhält sich der Begriff der Barriere (unabhängig von der konkreten Dimension) nicht spiegelbildlich oder symmetrisch zum Begriff der Präferenz oder des Bedürfnisses, weil sich in ihnen keine autonomen Größen und keine unabhängige subjektive Handlungsmacht abbilden. Wie Studien von Soziologen wie Pierre Bourdieu (1987), Gerhard Schulze (1992), Thomas Müller-Schneider (1996) oder die Arbeitsgruppe um Michael Vester (Vester u. a. 2001) gezeigt haben, folgen subjektive Präferenzstrukturen einer sozialen Logik und sind damit nicht als unabhängig von spezifischen Barrieren zu konzeptionalisieren. In der Gerechtigkeitsforschung wird dieses Problem unter dem Begriff der adaptiven Präferenzen diskutiert (vgl. hierzu Altgeld/Bittlingmayer 2016; Bittlingmayer/Sahrai 2014; Bittlingmayer/Ziegler 2012; Nussbaum 2012). Daraus folgt, dass bei der Frage nach der besseren Erreichbarkeit schwer erreichbarer oder psychosozial belasteter Eltern durch Hilfe- und Unterstützungsangebote die alleinige Wahrnehmung der Bedürfnisse und Präferenzen der unterprivilegierten Familien nicht unbedingt weiterhilft – wir werden auf diese Argumentati-

on im siebten Kapitel zurückkommen. In diesem Abschnitt wird nun dargestellt, was in der analysierten Literatur als Bedürfnisse und Präferenzen schwer erreichbarer Eltern präsentiert wird, und zwar gleichermaßen als theoretische Ableitungen innerhalb der Studien und als empirische Befunde auf der Grundlage von quantitativer und qualitativer Erforschung schwer erreichbarer Eltern. Dabei werden zunächst die allgemeinen Präferenzen dargestellt; im zweiten Schritt werden dann die elterlichen Bedürfnisse, die in den Hilfe- und Unterstützungsangeboten adressiert werden sollten, abgebildet. Auch hier gibt es Überschneidungen in den Gegenstandsbereichen, aber im Sinne der Maximierung von Übersichtlichkeit ist es aus unserer Sicht sinnvoll, diese Ebenen zumindest analytisch auseinanderzuziehen.

5.2.1 Allgemeine Präferenzen und Bedürfnisse im Kontext von Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen

Die allgemeinen Präferenzen und Bedürfnisse, die Eltern in den verschiedenen analysierten Studien benennen, sind noch am ehesten als Umkehrung der im Abschnitt 5.1 festgestellten familialen Barrieren zu verstehen. So geben schwer erreichbare Eltern an, dass sie mehr Informationen über die bestehenden Angebote und Möglichkeiten von Hilfen wünschen (Buchanan 2005). Zur gewünschten allgemeinen Struktur der Hilfe- und Unterstützungsangebote halten mehrere Studien fest, dass die Angebote möglichst niederschwellig sein sollen (Rauschenbach 2008; Tschöpe-Scheffler/Wirtz 2008; Bauer 2005). Ferner sollten Angebotsformate einfache Einstiege ermöglichen. Geraten wird in der Literatur zu informellen Veranstaltungen ohne unmittelbares Commitment, die es den Familien ermöglichen, einfach einmal hereinzuschauen, ohne sich beim ersten Besuch bereits zur Teilnahme zu verpflichten (Sahrai 2011; Garbers

u. a. 2006). Im Hinblick auf die Motivation zur Teilnahme antizipieren schwer erreichbare Eltern mögliche motivationale Engpässe und plädieren dafür, dass Projekte und Angebote bei kontinuierlichem Fernbleiben aktiv nachfassen (Avis u. a. 2007). Mark Avis u. a. (2007) zufolge wird gewünscht, dass die Angebotsseite aktiv sein soll, auch wenn die Eltern selbst passiv sind. Hilfe- und Unterstützungsangebote sollen in einer ungezwungenen Umgebung stattfinden (Avis u. a. 2007). Eingeklagt wird von schwer erreichbaren Eltern die Verfügbarkeit von Personen, die aktiv zuhören (Brookes u. a. 2006). Eine vertrauensvolle Beziehung zum Fachpersonal (Opp 2016; Rauschenbach 2008) sowie ein gutes Klima in der Institution sind sehr wichtig (Diller 2008). Es sollen Wertschätzung, Beziehungsförderung und emotionale Unterstützung erfahren werden (Sarimski 2017; Opp 2016).

Die im Abschnitt 5.1.4 herausgestellten symbolischen Barrieren tauchen als reziproke negativ gehaltene Präferenzen, Bedürfnisse und Wünsche an Hilfe- und Unterstützungsangebote im Sinne von »Wir wollen nicht, dass...« wieder auf. Schwer erreichbare bzw. unterprivilegierte Eltern wünschen sich maßgeblich, dass mit der Inanspruchnahme keine Stigmatisierung einhergeht (Pretis/Dimova 2010; Bauer 2005; Tschöppe-Scheffler 2003). Das könnte nach Ansicht von Sabine Krömker (2012) durch Peer-to-Peer-Angebote, zum Beispiel durch quartiersgebundene Erziehungspartnerschaften, erleichtert werden. Schwer erreichbare Eltern möchten sich normgerecht fühlen und nicht als defizitäre Eltern wegen der Hilfeinanspruchnahme etikettiert werden (Tschöppe-Scheffler 2003). Sie möchten schließlich durch Teilnahme nicht befürchten müssen, mit Beschämungen konfrontiert zu werden (Pretis/Dimova 2010). Im Gegenteil, das Angebot soll das Gefühl geben, eine gute Mutter (Väter sind in der Studie nicht integriert) zu sein (Tschöppe-Scheffler

2003). Angebotene (Frühe) Hilfen und Unterstützungen sollen vielmehr ein Sicherheitsgefühl im Sinne von Handlungssicherheit evozieren und den Eltern das Gefühl von Autonomie und erweiterten Handlungsoptionen mitgeben (Opp 2016). Heinz Kindler und Alexandra Sann (2010) fordern hier eine Ausrichtung der Hilfeangebote an positiven Zielformulierungen.

Weiter oben wurde festgestellt, dass schwer erreichbare Eltern häufig nur über ein eingeschränktes soziales Kapital verfügen. Das dürfte die Grundlage für den Wunsch der Eltern sein, dass Hilfe- und Unterstützungsangebote soziale Netzwerke zur Verfügung stellen bzw. beim Aufbau eines sozialen Netzwerks helfen sollen (Bertram/Spiess 2010). In diesen Kontext gehört auch die Präferenz einer Peerarbeit, die definitiv von der Nutzenseite gewünscht wird und von der sich Expertinnen und Experten eine verbesserte Erreichbarkeit versprechen. Ute Ziegenhain (2010) fordert in diesem Zusammenhang die Orientierung an einer lebensweltbezogenen Intervention.

Angehörige kultureller oder ethnischer Minderheiten äußern außerdem die klare Präferenz der Einbindung von Peers mit gleicher Muttersprache und gleichem kulturellen Hintergrund (Walter/Jahn 2015). Eine solche Einbeziehung würde auch die Vereinfachung von Hausbesuchen umfassen, die die Peers übernehmen könnten (Diez Grieser 2014; Korfmacher u. a. 2008; Chand/Thoburn 2005). Für den US-amerikanischen Kontext halten Ashok Chand und June Thoburn (2005) den Wunsch der ethnischen Minderheiten fest, dass die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen die Möglichkeit umfassen soll, eine Fachperson gleicher Hautfarbe zu bekommen. Eine weitere US-amerikanische Studie stellt ebenfalls die Präferenz von Eltern aus ethnischen Minderheiten heraus, dass sich die jeweilige Hilfeeinheit oder die Fachkräfte aus Angehörigen der gleichen ethnischen Minderheiten rekrutieren soll bzw. sollen (Coe u. a.

2008). Im Kontext eines zielgruppenspezifischen Zuschnitts von Hilfe- und Unterstützungsangeboten ist darüber hinaus gefordert worden, spezifische Kurse und Angebote für Väter zu entwickeln und anzubieten (Coe u. a. 2008).

Neben den bisher thematisierten allgemeinen Aspekten der Zugänglichkeit zu Informationen, des Antibeschränkungsgebots, der Stärkung sozialen Kapitals sowie dem Wunsch nach Repräsentation der eigenen kulturellen Normalität in der Hilfesituation umfasst ein letzter Bereich von Präferenzen und Bedürfnissen die Strukturebene der Hilfeangebote und ihre jeweilige Einbettung. So haben schwer erreichbare Eltern den Wunsch, durch die Inanspruchnahme von Hilfeangeboten mehr Familienzeit und/oder Zeit für sich selbst zur Verfügung zu haben (Bertram/Spiess 2010). Um die zeitliche Effizienz zu maximieren, sollten verschiedene Unterstützungsangebote an einem gemeinsamen Ort zu finden sein, damit die Familien nicht verschiedene Standorte aufsuchen müssen (Tschöpe-Scheffler/Wirtz 2008). Die Eltern wünschen sich auch, ein Angebot in der Zeit wahrnehmen zu können, in der ihre Kinder in einem Hilfeangebot eingebunden sind (Avis u. a. 2007). Ebenfalls ist die Forderung zu finden, interdisziplinäre Angebote verfügbar zu machen, die auf die spezifischen Problemlagen abgestimmt sind (Ziegenhain 2010).

Um Hilfeangebote nutzen zu können, brauchen schwer erreichbare Eltern mehr Flexibilität bei der Arbeitszeit (Bertram/Spiess 2010). Genannt werden aber auch deutlich flexiblere Öffnungszeiten innerhalb der institutionellen Kinderbetreuung (Kitas, Horte) (Bertram/Spiess 2010). Hierzu gehört auch der Wunsch, das Kind nach Möglichkeit während der eigenen Arbeitszeit fördern zu lassen (Brookes u. a. 2006). In diesem Zusammenhang wird häufiger reklamiert, dass die Angebote insgesamt eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf etwa durch flexible Kurs- oder Besuchszeiten ermöglichen müssten (Strohmeier 2008; Klinkhammer 2008).

Dazu sind jedoch höhere Mobilitäts- und Zeitressourcen seitens der Nutzerinnen und Nutzer und des Angebots nötig (Richter-Kornweitz/Weiß 2014). In der Literatur wird eine Reihe von unterschiedlichen Formaten benannt, die es schwer erreichbaren Familien ermöglichen sollen, Hilfe- und Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Zu diesen Formaten und Anforderungen gehören Not-/Nachtdienste (Klinkhammer 2008), insgesamt die schnelle Erreichbarkeit von Hilfen (Buchanan 2005), eine niederschwellige Geh-Struktur (Ziegenhain 2010) sowie die Verfügbarmachung von struktur- und wohnortnahen Angeboten (Preiss 2013).

5.2.2 Spezifische Präferenzen und Bedürfnisse aus Sicht schwer erreichbarer Eltern

In diesem Abschnitt stehen stärker die unmittelbar von den schwer erreichbaren Eltern selbst geäußerten Präferenzen und Bedürfnisse im Vordergrund und weniger die in der Literatur herausgearbeiteten Schlussfolgerungen. Ein zentrales Bedürfnis (auch) der (schwer erreichbaren und unterprivilegierten) Eltern scheint eine Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung zu sein (Krömker 2012; Naggl/Thurmair 2008; Gross u. a. 2001). Dabei geht es den Eltern um Unterstützung für ein besseres Verständnis bzw. für die Dechiffrierungskompetenz der kindlichen Signale (Krömker 2012). Ferner wünschen sich schwer erreichbare Eltern mehr Rat in Erziehungsfragen (Hänggi u. a. 2014; Gross u. a. 2001), auch wenn die bis heute noch populäre Diagnose einer *allgemeinen elterlichen Erziehungsunsicherheit*, selbst wenn sie ihren medialen Zenit überschritten hat, eine unzulässige Verallgemeinerung darstellt. Empirisch war diese Diagnose nicht gedeckt und skandalisierte sogenannte Unterschichtserziehungsstile etwa in Formaten wie »Die Super Nanny«. Von

negativen Zuschreibungen unabhängig ist aber davon auszugehen, dass alle Eltern die eine oder andere Form der Unterstützung in der Erziehung willkommen heißen würden (Hurrelmann u. a. 2013; Hartung/Bittlingmayer 2008; Bauer/Bittlingmayer 2005; Schnabel 2001). Als weitere wichtige Themenschwerpunkte für Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen wurden von Eltern Ratschläge zu Schwangerschaft und Verhalten mit einem Neugeborenen (Emmel u. a. 2007), Information zu Pflege und Ernährung (Buschhorn 2012b) sowie Beratung zu pädagogischen und psychosozialen Inhalten genannt. Schwer erreichbare Eltern scheinen einen allgemeinen Bedarf nach Sozialberatung zu haben (Buschhorn 2012). Klaus Sarimski (2017) stellt heraus, dass finanzielle und sozialrechtliche Informationen und Hilfen als wichtige Aufklärungsgebiete für die schwer erreichbaren Familien zu betrachten sind. Eine Beratung hinsichtlich staatlicher Unterstützung aufgrund von finanziellen Engpässen ist ebenfalls häufig gewünscht (Buschhorn 2012b). Schließlich werden Informationen bezüglich Ressourcen in der Community, Nachbarschaft bzw. im Stadtteil (Avis u. a. 2007) und Beratung hinsichtlich schulischer Bildung genannt.

In einer Elternbefragung des NZFH (2014–2015) wurde deutlich, dass Mütter mit einem niedrigen Bildungsniveau (als wichtiger Indikator für die soziale Lage) einen signifikant höheren subjektiven Hilfebedarf im Bereich elterliche Kompetenzen (Alltags- und Lebenskompetenzen, z. B. »Die notwendigen Aufgaben des Haushaltes zu bewältigen«) und im Bereich kindbezogene Fürsorgekompetenzen (z. B. »Die notwendige Pflege des Kindes sicherzustellen«) haben (Scharmanski/Renner 2018).

Die folgenden von den Eltern benannten Aspekte beziehen sich vor allem auf die von den schwer erreichbaren Eltern durch Hilfeanspruchnahme erwarteten Benefits. Dabei werden auch deutliche Ansprüche formuliert, die aber in

kaum einem Beispiel über das Maß an sozialen Rechten und Beteiligungsrechten hinausgehen, über welche schwer erreichbare Eltern allein deshalb verfügen, weil sie sich auf deutschem Territorium aufhalten. Inwiefern es sich hierbei um eine in den 1970er-Jahren von Claus Offe und Jürgen Habermas kritisch diskutierte »Anspruchspirale« an einen überbordenden Sozialstaat handelt, wird weiter unten im siebten Kapitel diskutiert.

Eltern wünschen sich Gespräche, die sich nicht nur um das Kind drehen, sondern auch um persönliche Probleme der Eltern (Sarimski 2017; Eckert 2008). Hierzu gehört etwa, wenn Eltern das erste Mal die Diagnose einer Behinderung/eines Förderbedarfs erhalten (Sarimski 2017). Die Eltern wünschen sich im Rahmen der Inanspruchnahme konkreter Hilfeleistungen Partizipation und Selbstbestimmung (Richter-Kornweitz/Weiß 2014) sowie aktiven Einbezug bei Entscheidungen, die sie selbst betreffen (Brookes u. a. 2006). Auch der Schutz der Privatsphäre ist ein Bedürfnis (Walter/Jahn, 2015). Die Eltern wünschen sich mehr Kontakt zu anderen Eltern (Buschhorn 2012a). Der Austausch mit anderen Eltern ist wichtig für die Teilnehmenden von Hilfeangeboten (Tschöppe-Scheffler 2003). Die Inanspruchnahme des Hilfeangebots soll nach Möglichkeit dazu führen, Kontakte zu anderen Eltern zu knüpfen (Avis u. a. 2007). Es sollte darauf hingewiesen werden, dass diese Hoffnung auf bzw. das Einklagen von Austausch mit anderen in vergleichbaren Situationen befindlichen Personen mitnichten eine Besonderheit von schwer erreichbaren oder unterprivilegierten Eltern darstellt, sondern etwa in der Weiterbildung pädagogischer Berufe oder der politischen Erwachsenenbildung ein wohlbekanntes Phänomen und eine allgemeine Präferenz bezeichnet. Die Eltern hoffen durch die Teilnahme an Hilfeangeboten auf Kommunikation und Eingebundenheit in ein übergreifendes soziales bzw. institutionelles Netzwerk (Textor 2013). Der Wunsch nach

Austausch folgt dabei einer nachvollziehbaren Funktionalität: Selber Erfahrungen teilen zu können, stärkt das eigene Selbstwertgefühl (Avis u. a. 2007; Gross u. a. 2001) und verringert das Gefühl der Isolation (Avis u. a. 2007).

Neben der Netzwerkbildung und der Chance auf Austausch werden von den Eltern die Stärkung von selbstbezogenen Kompetenzen sowie die Regeneration von Handlungsfähigkeit als weitere Präferenzen und Bedürfnisse formuliert. Wichtig ist die Reduktion von Stress und die Ermunterung zur Formulierung und konkreten Umsetzung familienbezogener Ziele, wie zum Beispiel Einhaltung familialer Rituale (Mullis u. a. 2005). Die Eltern wünschen sich, das Kind bzw. die Kinder temporär abzugeben, um sich

selbst erholen und regenerieren zu können (Avis u. a. 2007). Die Eltern wollen verständlicherweise keinen zusätzlichen Stress durch die (freiwillige) Teilnahme an einer Fördermaßnahme (Pretis/Dimova 2010). Im Gegenteil – das Angebot soll eine Entlastung und eine Verschnaufpause in einem in der Regel unter hohem Zeit- und Organisationsdruck stehenden Familienhaushalt bieten (Pretis/Dimova 2010; Eckert 2008). Deshalb wird etwa in einer US-amerikanischen Studie der Wunsch nach konkreten Hilfestellungen formuliert. Die Hilfeleistung soll auch einen Bringdienst bzw. eine Mobilitätsdienstleistung umfassen, um so die eingeschränkte Mobilität unterprivilegierter Eltern zumindest teilweise zu kompensieren (Brookes u. a. 2006).

**Barrieren bei der
Inanspruchnahme von
Unterstützungsmaßnahmen
durch psychosozial
belastete Familien –
Perspektive Institutionen**

Im vorausgehenden fünften Kapitel haben wir gezeigt, wie vielfältig die Barrieren für die Inanspruchnahme von Hilfe- und Unterstützungsangeboten in der von uns analysierten Literatur bestimmt werden. Dabei wurde ebenfalls verdeutlicht, dass bei der Konzentration auf die Eltern bei Fragen schwieriger Erreichbarkeit für Hilfeleistungen Barrieren ins Spiel kommen, die auf anderen Strukturebenen liegen als der elterliche Wille oder das elterliche Interesse, Hilfeangebote entgegenzunehmen. Diese Strukturebenen sind dabei nicht von außen an die Problematik der schwierigen oder eingeschränkten Erreichbarkeit von uns herangetragen worden, sondern wurden aus den in der Literatur vorhandenen Argumenten extrahiert. Sie sind also den familialen Barrieren der Hilfeinanspruchnahme immanent. Der Ausgangspunkt waren allerdings die Familie bzw. die Eltern.

In diesem Kapitel soll ein Perspektivwechsel erfolgen, und es sollen – weitgehend auf der Grundlage der analysierten Literatur zur familialen Inanspruchnahme von Hilfeleistungen – die Perspektive und die Logik der Institutionen rekonstruiert werden. Dabei geht es auch um die Frage einer sozialen Konstruktion der Schwererreichbarkeit, denn – frei nach Simone de Beauvoir – wird man nicht als schwer erreichbare Familie geboren, sondern dazu gemacht. Die Argumente, die in diesem Kapitel in Anschlag gebracht werden, beziehen sich damit einerseits auf die Makroebene gesellschaftlicher Bedingungsgefüge und andererseits auf die Ebene der Organisationen und Institutionen. Dabei werden wir vorrangig die analysierte Literatur zugrunde legen, weil die systematische Einarbeitung von grundlagenorientierten organisationssoziologischen und -psychologischen Studien, Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit oder Studien zur Theorie Sozialer Arbeit/Sozialpädagogik ein eigenes Review erfordern würde. Die im Rahmen der Expertise analysierte Literatur bildet die jüngsten Entwicklungen im Bereich Frühe

Hilfen nicht vollständig ab (das gilt vor allem für das Motiv fehlender Vernetzung), sodass wir in diesem Kapitel selektiv eine Auswahl an Studien des NZFH eingearbeitet haben; darüber hinaus konnten wir auch auf Informationen und Hinweise von Mitarbeitenden des NZFH zurückgreifen, die ebenfalls Berücksichtigung fanden. Im Wesentlichen werden mit der Berücksichtigung der jüngeren Entwicklungen in den Frühen Hilfen einige aus der Literatur extrahierte Barrieren relativiert, ohne indes die grundlegenden makrostrukturellen Bedingungsgefüge schwerer Erreichbarkeit nachhaltig verändern zu können.

6.1 Fehlende Vernetzung und Kooperation, Schnittstellen- und Zuständigkeitsprobleme

Ausgangspunkt des Engagements der Bundesregierung für die Frühen Hilfen im Jahr 2006 war eine Situation, in der die bestehenden elternunterstützenden Angebote kaum miteinander vernetzt waren. Die fehlende Kooperation der unterschiedlichen Hilfeleistungssysteme stellte eine wesentliche Barriere für die Erreichbarkeit dar, da Familien aufgrund der mangelnden Vernetzung schwer in die Angebote fanden. In der analysierten Literatur aus der Anfangsphase der Frühen Hilfen wird entsprechend an verschiedenen Stellen und in mehrfacher Hinsicht das Thema der fehlenden Vernetzung von Anbietern und Angeboten beklagt. So wird zum Beispiel kritisiert, dass Anbieter von Maßnahmen und Programmen im Frühbereich wenig Kenntnis über parallel existierende Angebote haben (Ziegenhain/Fegert 2009). Das erschwerte und verschärfte nach wie vor die Problematik schwieriger Erreichbarkeit, weil Familien, die zwar bereits durch einzelne Maßnahmen erreicht wurden, aufgrund fehlender Kenntnisse nicht in weitere, u. U. passendere Programme und Maßnahmen weitergeleitet werden können. Hier konnten und

können massive Versorgungslücken entstehen, und einmal bereits erreichte Familien können leicht wieder aus dem Blick geraten (Hänggi u. a. 2014). Innerhalb des Gesundheitssystems bemängelten Naggl und Thurmair, dass es keine ausreichende Sensitivität für Entwicklungsauffälligkeiten in den ärztlichen U-Untersuchungen gebe (Naggl/Thurmair 2008b). Die Schnittstelle Gesundheitsversorgung und soziale Dienste sollte aus Sicht der Autorinnen und Autoren aber aus zwei Gründen nicht einfach als weitere Aufgabe innerhalb der Gesundheitsversorgung konzeptionalisiert werden. *Erstens* müssen sich medizinische Fachleute oder (Familien-) Hebammen, die über einen vergleichsweise unproblematischen Zugang zu unterprivilegierten Familien verfügen, auf ihre Neutralität und Schweigepflicht berufen können. Das gilt etwa für familienbezogene Frühe Hilfen wie aufsuchende Familienhebammen. Der Verband deutscher Hebammen hält hierzu fest, dass die »Assoziation der Familienhebamme mit der Jugendhilfe [...] das Vertrauensverhältnis zwischen Hebamme und Frau bedrohen [kann].« (DHV 2014, S. 2) *Zweitens* sind weder Kinder- oder Hausärztinnen und -ärzte noch Hebammen in Fragen psychosozialer Kindesentwicklung angemessen ausgebildet, um hier richtig diagnostizieren zu können (Hartung u. a. 2011; Sahrai 2009a). Wichtig wäre aber an dieser zentralen kommunikativen Schnittstelle zu den Eltern und Kindern, dass das medizinische Personal über Informationen und Vernetzungsmöglichkeiten zu (Frühen) Hilfen verfügt und Eltern bei Bedarf über mögliche Angebote in Kenntnis setzt.

Die kommunikativen Schnittstellen zwischen medizinischer Versorgung, Krankheitsprävention, Gesundheitsförderung und familialen Hilfeleistungen waren insbesondere in den Anfängen der Frühen Hilfen noch nicht ausreichend miteinander vernetzt (Ziegenhain/Fegert 2009). Unabhängig von den Netzwerken erschweren insbesondere die Unterschiede innerhalb

verschiedener Sozialgesetze eine koordinierte Unterstützung bei Hilfebedarf. Gerade in der frühen Entwicklungsphase haben häufig nur medizinische Fachkräfte (Gynäkologinnen und Gynäkologen, Hebammen, Kinderärztinnen und Kinderärzte) Kontakt zum Kind, jedoch wäre die Kinder- und Jugendhilfe zuständig für weitergehende psychosoziale Unterstützung. Ute Ziegenhain und Jörg Fegert (2009) zufolge herrschte ein Zuständigkeitsstreit, der auf unklaren und wechselseitig intransparenten Verfahrensabläufen basierte. Es gab eine große Vielfalt von Programmen mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Abläufen, aber auch von Anbietern selbst, wie etwa kommerziell und nicht-kommerziell ausgerichtete Anbieter oder Anbieter in staatlicher/städtischer/kommunaler Verantwortlichkeit, religiöser Trägerschaft oder auf ehrenamtlicher Grundlage – aufgrund dieser Vielfalt und der fehlenden Koordination entstand eine erhebliche Unübersichtlichkeit (Hartung u. a. 2011).

Die Praxis der Frühen Hilfen sah die intersektorale Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheitswesens als zentrales Element für die Überwindung von Zugangsbarrieren (Renner 2010). Die hohen Erwartungen an das Gesundheitswesen wurden aus Sicht der Frühen Hilfen oftmals nicht erfüllt: So hatten beispielsweise niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wenig Kenntnisse über die Frühen Hilfen, formulierten Vorbehalte und sahen von einer Vermittlung »ihrer« Familien in Angebote der Frühen Hilfen eher ab (Barth/Renner 2014). Die gemeinsamen Initiativen von Bund und Ländern zur Verbesserung der Kooperationsqualität in den Frühen Hilfen hatten das Ziel, dieser anfänglichen Zurückhaltung entgegenzuwirken.

Im Zuge der massiven Bedeutungszunahme Früher Hilfen in Deutschland in den letzten Jahren konnte ihre Expertise gleichermaßen in den Handlungsfeldern Prävention, Gesundheitsförderung und Kinderschutz eingebracht werden. Durch die integrale Bezugnahme auf mehr als

ein Handlungsfeld konnten in den letzten Jahren Netzwerke Früher Hilfen etabliert werden, die die unterschiedlichen Disziplinen und Professionen, die in die Frühen Hilfen eingebunden sind, besser aufeinander beziehen (Renner/Sann 2010). Die bundesweite Etablierung Früher Hilfen hat den Auftrag, flächendeckend verbindliche Netzwerkstrukturen aufzubauen und den Einsatz von Familienhebammen als flankierende Maßnahme professionsübergreifend einzubeziehen (vgl. hierzu die Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen – BIFH und seit 2018 die Bundesstiftung Frühe Hilfen – BSFH). Diese Maßnahmen können als direkte Gegenmaßnahmen gegen die häufig geäußerte Kritik fehlender Netzwerke verstanden werden.

In den letzten Jahren hat sich nicht nur im Kontext Vernetzung und Schnittstellen, sondern auch bei der rechtlichen Grundlegung einiges getan. Das 2012 verabschiedete Bundeskinderschutzgesetz bildet eine modernisierte rechtliche Grundlage. Erstmals wurden Frühe Hilfen bundesgesetzlich in §1 (4) Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KGG) normiert. Für die am 1. 1. 2018 in Kraft getretene Bundesstiftung Frühe Hilfen sind der weitere Aufbau und die Sicherstellung kommunaler Netzwerke Früher Hilfen Hauptförderschwerpunkt. Inzwischen haben über 90 % der Kommunen Kooperationsnetzwerke aufgebaut (Küster u. a. 2017), in denen alle wichtigen Akteure (z. B. Jugendämter, Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte, Schwangerschaftsberatungsstellen) zusammengeführt werden. Auch die (gesetzlichen) Rahmenbedingungen für die ärztliche Beratung und Information sowie die Überleitung vom Gesundheitswesen in die Frühen Hilfen haben sich verändert: Nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2015 überarbeiteten »Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres« (Gemeinsamer Bundesausschuss 2015) sollen bei den Früher-

kennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) psychosoziale Aspekte stärker berücksichtigt werden (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016), um Risikofaktoren früh zu erkennen und Eltern entsprechende Hilfen anzubieten. Durch das am 25.07.2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz (PrävG) ist gesetzlich verankert, dass in den U-Untersuchungen Familien bei Bedarf zu regionalen Unterstützungsangeboten informiert werden (§§ 24d, Bundestag 2015). Und schließlich sind über die Bundesstiftung Frühe Hilfen nun auch Maßnahmen wie die Einrichtung von »Lotsensystemen« in Geburtskliniken förderfähig, die eine Überleitung psychosozial belasteter Familien aus dem Gesundheitswesen in die Kinder- und Jugendhilfe unterstützen (Schmenger u. a. 2020; BMFSFJ 2017). Inzwischen sind Modelle der Ansprache, Beratung und Überleitung von psychosozial belasteten Wöchnerinnen in passende Angebote weit verbreitet (Scharmanski/Renner 2019).

Aktuelle Forschungsergebnisse geben Anlass zur Hoffnung, dass sich die intersektorale Zusammenarbeit verbessert hat. Sowohl aus Perspektive der Kommunen als auch des Gesundheitswesens haben sich die Sektoren in den letzten Jahren einander angenähert (Renner u. a. 2018). Eine Studienreihe des NZFH, »Zusammen für Familien – ZuFa Monitoring« (2016–2018) nimmt die Kooperation von Gesundheitswesen und Frühen Hilfen aus der Sicht von drei zentralen Gesundheitsakteuren in den Blick: Geburtskliniken (Scharmanski/Renner 2019), gynäkologische Praxen (Neumann/Renner 2020), und kinderärztliche Praxen (van Staa/Renner 2019). Die Studienergebnisse verdeutlichen, dass an diesen drei wichtigen Schnittstellen einiges auf den Weg gebracht wurde, wenngleich auch noch kein »Idealzustand« erreicht ist. So haben bereits etwa 30 % der Geburtskliniken mit mehr als 300 Geburten pro Jahr Lotsendienste (mit definierten Prozess-Standards sowie einer spezifischen Funktion Frühe Hilfen) eingerichtet

oder planen dies konkret. Gut drei Viertel der Kinderärztinnen und Kinderärzte bestätigen, dass die Frühen Hilfen eine Entlastung für ihre berufliche Tätigkeit sind. Mehr als jede(r) Dritte nimmt an Netzwerktreffen Frühe Hilfen teil. Die Gynäkologinnen und Gynäkologen stehen noch am Anfang, fangen aber spürbar an, sich der Thematik zu öffnen. So bewerten fast 60 % die Frühen Hilfen als Entlastung für ihre Tätigkeit. Die Teilnahmequote an Netzwerktreffen beträgt in dieser Ärztegruppe aktuell knapp 14 %.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte geben an, den Umgang mit psychosozial belasteten Familien überwiegend als Herausforderung zu erleben (81,9 % der Gynäkologinnen und Gynäkologen und 91 % der Pädiaterinnen und Pädiater). Es ist plausibel anzunehmen, dass es einen Zusammenhang gibt mit der Einschätzung besonderer Herausforderungen in der medizinischen Versorgung durch psychosozial belastete Familien einerseits und der gewachsenen Kenntnis von Angeboten Früher Hilfen andererseits. So berichten inzwischen 82 % der Kinderärztinnen und -ärzte, dass sie mindestens ein konkretes Angebot der Frühen Hilfen in ihrer Kommune kennen.

Gleichzeitig zeigen die Ergebnisse der ZuFa-Studien aber auch, wo noch spezifische Herausforderungen für diese Schnittstelle liegen. Kritisiert wird aus ärztlicher Sicht (Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtskliniken) insbesondere ein Mangel an Zeit für psychosoziale Beratungen und die nicht angemessene Vergütung dieser Gespräche. Mit Blick auf die intersektorale Zusammenarbeit geben ca. 30 % der Gynäkologinnen und Gynäkologen an, dass ihnen für die Behandlung von psychosozial belasteten Schwangeren ein entsprechendes Netzwerk fehle, und Kinderärztinnen und -ärzte vermissen vor allem Rückmeldungen aus den Frühen Hilfen nach erfolgter Vermittlung der Familien. In beiden Gruppen findet etwa jede dritte Person, dass Begriff und Angebote Früher Hilfen schwer greifbar sind.

Handlungsbedarf zeigt sich daher insbesondere in der weiteren Bekanntmachung von Frühe-Hilfen-Angeboten: Knapp jede zweite Pädiaterin bzw. knapp jeder zweite Pädiater und rund zwei Drittel der Gynäkologinnen und Gynäkologen geben an, dass fehlende Kenntnisse über konkrete regionale Angebote die Vermittlung von Familien in die Frühen Hilfen erschwere.

Insgesamt ziehen die Akteure des Gesundheitswesens ein positives Resümee: Die ZuFa-Befragungen deuten darauf hin, dass Wertschätzung und Offenheit gegenüber den Frühen Hilfen von medizinischen Akteuren inzwischen gestiegen sind. Ob und in welchem Ausmaß die verbesserte intersektorale Vernetzung allerdings konkret dazu beiträgt, mehr psychosozial belastete Familien der unterschiedlichen Problemkonstellationen (vgl. Kapitel 4 und 5) mit Angeboten der Frühen Hilfen zu erreichen, muss als empirisch weitgehend offene Frage verhandelt werden.

6.2 Fachliche und disziplinäre Differenzen

In der Versorgung von Familien mit kleinen Kindern sind nicht nur die Bereiche in der praktischen Arbeit sehr heterogen. Es sind in dem Bereich ganz unterschiedliche Disziplinen und Fächer involviert, was ebenfalls eine Herausforderung für eine gelingende Arbeit bedeuten kann. Die Inter- und Mehrdisziplinarität einerseits und eine fachübergreifende Kooperation andererseits sind dabei wichtig und zwingend, um eine gute Unterstützung von psychosozial belasteten Familien gewährleisten zu können; dies kann aber auch zu Schwierigkeiten führen. So birgt die prinzipiell begrüßenswerte multidisziplinäre Verankerung von Hilfeangeboten im Allgemeinen und Früher Hilfen im Besonderen die Gefahr, dass selbst zentrale Leitbegriffe wie Krankheit, Gesundheit, Hilfe, Empowerment

oder Setting je nach disziplinärem Zugang unterschiedlich verwendet werden (umfassend hierzu aus Public-Health-Sicht Schnabel 2007; für eine gesundheitsförderliche Perspektive auf Sozialpädagogik/Soziale Arbeit vgl. die Beiträge in Schmidt 2014). Die theoretischen Grundlagen, interventionsbezogenen Herangehensweisen und Denkmodelle der in den Frühen Hilfen involvierten wissenschaftlichen und praktischen Disziplinen sind sehr unterschiedlich – zum Beispiel medizinisch vs. pädagogisch, problemorientiert vs. ressourcenorientiert, pathogenetisch vs. salutogenetisch und so weiter (Ziegenhain/Fegert 2009). Ein Teil der Kommunikationsproblematik besteht auch darin, dass die unterschiedlichen Disziplinen auf ihr jeweiliges Fachvokabular zurückgreifen und die Nachvollziehbarkeit der unterschiedlichen Verständnisse häufig nicht unproblematisch ist – andererseits gibt es im Rahmen notwendiger interdisziplinärer Zusammenarbeit hierzu keine Alternative (Schnabel 2015).

In Hinblick auf die Zuständigkeitsproblematiken ist Hans Weiß (2013) zufolge bedenklich, dass beispielsweise die interdisziplinäre Frühförderung (IFF) Kinder erst dann aufnehmen kann, wenn Auffälligkeiten beobachtet werden können. Damit sind etwa primärpräventive Handlungs- und Interventionsstrategien mit Blick auf spezifische Risikogruppen wie etwa Kleinkinder psychisch erkrankter Eltern kategorisch verwehrt. Es ist fragwürdig, dass der Anspruch auf Hilfestellung in diesem Bereich von der Bewertung des Bedarfs abhängt und nicht als eigenständiges Recht des Kindes gilt (Bock-Famulla u. a. 2008). Auf der anderen Seite ist die ursprüngliche Differenzierung, nämlich dass die IFF eher auf Sekundärprävention ausgelegt ist, also erst nach einem diagnostizierten Bedarf eingreift, und die Frühen Hilfen eher primärpräventiv agieren, z. B. über Familienhebammen, auch nicht klar aufrecht zu erhalten, weil die IFF ebenfalls präventiv arbeitet.

Aber auch das große Feld der pädagogischen, psychologischen und entwicklungsorientierten Diagnostik ist in der analysierten Literatur nicht unumstritten und birgt erhebliche Unschärfen und Schwierigkeiten. Die verfügbaren Instrumente, soweit sie vorhanden sind, werden in der Praxis nach Ansicht von Klein häufig nicht reliabel eingesetzt – so sagen familienökologische Variablen wie wahrgenommener Stress, soziale Unterstützung oder Erziehungsvorstellungen die spätere intellektuelle Fähigkeit des Kindes viel besser voraus als klinisch-diagnostische Testergebnisse (Klein 2009).

Eine dem Unterstützungsbedarf von Eltern angemessene Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen und Bereiche ist also noch immer eine Herausforderung, auch wenn in dieser Hinsicht sowohl auf fachlicher als auch auf organisationaler Ebene (zum Beispiel die Gründung des NZFH selbst) wichtige Schritte getan wurden.

6.3 Mangelnder Lebensweltbezug und mangelnde Bedürfnisorientierung

Eine weitere angebotsseitige Barriere für die Inanspruchnahme von familiären Unterstützungsmaßnahmen liegt in der inhaltlichen Ausgestaltung der Hilfeangebote. Dieser Aspekt wurde in Kapitel 5 bereits aus der Perspektive der Familien beschrieben, hier wird nur kurz auf die Angebotsseite eingegangen. Die Angebote sind oft universell ausgerichtet und nicht zielgruppenspezifisch differenziert, was sich negativ auf die Erreichbarkeit auswirkt (Hartung u. a. 2011; Bauer 2005). Konkret werden zum Beispiel stark gewaltbelastete Familien kaum durch universelle bzw. primäre Prävention erfasst und auch eher weniger durch selektive bzw. sekundäre. Es braucht also gezielte Prävention (Tschöppescheffler 2003). Außerdem herrscht deutlich zu wenig Berücksichtigung geschlechtsspezifischer

Faktoren. In vielen Studien wird bemängelt, dass es wenig Angebote gibt, die Väter ansprechen (Sarimski 2017; Eckert 2008; Garbers u. a. 2006). Unter Umständen werden nur die wenig bis mäßig belasteten Familien erreicht. Natürlich soll mit dieser Aussage nicht ausgeklammert werden, dass die Programme für alle Familien viel Positives erreichen, dennoch ist es absolut notwendig, dass die Zugangswege insbesondere für die stark belasteten Gruppen erleichtert werden (Kindler/Sann 2010). Erprobte Angebote der Elternbildung sind zum Beispiel auf (autochthone) Familien aus der Mittelschicht zugeschnitten und berücksichtigen weniger die Bedürfnisse anderer Ethnien, Kulturen und Milieus (Snell-Johns u. a. 2004). Das vorhandene Angebot zeigt aus Sicht vieler Studien zu wenig Lebensweltbezug bzw. eine mangelnde Lebensweltorientierung (Preiss 2013; Altgeld 2008, 2003). Zudem sind die organisatorischen Rahmenbedingungen der Hilfeerbringung oftmals so ausgerichtet, dass die Hilfeangebote in der Regel eine Komm-Struktur vorsehen, von der wir wissen, dass sie den Zugang zu vulnerablen Gruppen bzw. unterprivilegierten Familien erheblich einschränkt (Textor 2013; Scheurer-Englisch/Fröhlich 2010; Altgeld 2008, 2003; Tschöpe-Scheffler/Wirtz 2008; vgl. das Kapitel 5 weiter oben). Die Frühen Hilfen haben hierauf mit der Etablierung eines Mix aus Komm- und Geh-Strukturen reagiert und sind hier auf der Höhe wissenschaftlicher Implementationsforschung.

Der Heterogenität der elterlichen Bedürfnisse kann nur schwer Rechnung getragen werden – besonders da es sich um eine heterogene Adressantinnen- und Adressatengruppe handelt (Preiss 2013; Eckert 2008; vgl. auch Kapitel 4 weiter oben). Die institutionellen Zugangsvoraussetzungen bilden eine weitere Problematik im Rahmen der Erreichbarkeit – dies führt dazu, dass beispielsweise die Eltern aus der Mittelschicht einen besseren und einfacheren Zugang finden als arme Familien oder Familien mit Migrations-

hintergrund (Preiss 2013). Die Bedürfnisse der Eltern werden häufig nicht verstanden oder von Seiten der Angebote/Institutionen nicht angemessen angesprochen (Korfmacher 2008).

Auch wenn wir das hier nicht vertiefen können, wäre eine systematische Berücksichtigung von Einsichten aus der Erwachsenenbildung für den Kontext von Frühen Hilfen vielversprechend. In vielen Studien wird hier genauer herausgearbeitet, dass allein die Konzeption von Bildung und die mit einer Kursteilnahme – oder Hilfeannahme – verbundenen Ansprüche und Erwartungen in unterprivilegierten Schichten anders gelagert sind als das, was in den Konzeptionen und Inhalten der Erwachsenenbildung in der Regel zugrunde gelegt wird (Bolder 2006; Bremer 2004; Holzer 2004; Bolder/Henrichs 2000). Aus der Sicht der Kritischen Erwachsenenbildung wird die schwierige Erreichbarkeit von Eltern durch ein Angebot, das nicht auf ihre jeweiligen Bedürfnisse und Präferenzen zugeschnitten ist, überhaupt erst erzeugt. Auch wenn man dieses Argument nicht überstrapazieren und die schwierige Erreichbarkeit ausschließlich oder auch nur vorrangig als Problem fehlender Angebote begreifen sollte, so wäre doch aus Sicht der Autorin und des Autors ein deutlich stärkerer Einbezug der lebensweltlichen Alltags- und Problemgestaltung unterprivilegierter Familien notwendig. Hier setzt die Erreichbarkeitsstudie des NZFH an (van Staa/Renner 2020), in deren Kontext diese Expertise erstellt wurde.

6.4 Makrostrukturelle Ursachen für die Konstruktion schwer erreichbarer Eltern

Die bislang in diesem Kapitel skizzierten institutionellen Barrieren bei der Inanspruchnahme (Früher) Hilfeangebote fokussierten organisatorische Schnittstellen- und Zuständigkeitsproblematiken oder Abstimmungsschwierigkeiten im

Zusammenwirken rechtlicher Rahmungen sowie wissenschaftlicher und praxisbezogener Disziplinen. Im Zusammenhang mit der Existenz schwer erreichbarer Familien wäre eine Fokussierung auf die Mesebene allerdings erheblich zu kurz gegriffen. Maßgeblich wirken hier politische Programmatiken – wie etwa der Beschluss, Frühe Hilfen zu etablieren, oder die Trennung politischer Ressorts wie Wirtschafts-, Familien- und Gesundheitspolitik – und gesellschaftliche Strukturen wie die wohlfahrtsökonomische Ausrichtung der Sozialpolitik mittelbar und unmittelbar in den Gegenstandsbereich schwer erreichbarer Familien im Kontext (Früher) Hilfeangebote mit hinein.. Diese Ebene ist in der analysierten Literatur vergleichsweise wenig berücksichtigt, allerdings verweisen einzelne Studien durchaus auf die übergreifenden strukturellen Zusammenhänge.

Im Folgenden werden daher die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen thematisiert, unter denen Familien leben und unter denen Maßnahmen für die Unterstützung von Familien (im Rahmen Früher Hilfen) angeboten werden. Dies ist einerseits insoweit von Belang, als die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen den Kontext und damit die Leitplanken bilden, zwischen denen jede Unterstützung angeboten und angenommen wird, und die den Erfolg aus diesem Grund maßgeblich mitbeeinflussen. Es ist andererseits auch von Bedeutung, um bei der Suche nach den Ursachen für die schwere Erreichbarkeit von belasteten Familien eine Blaming-the-Victim-Perspektive von vornherein auszuschließen. Dies bezieht sich auf die betreffenden Eltern, denen zu häufig mangelnder Wille oder Anstrengung attestiert wird, wenn sie sinnvolle Unterstützungen, von denen insbesondere ihre Kinder profitieren würden, nicht in Anspruch nehmen. Eine Blaming-the-Victim-Perspektive darf aber bei mangelndem Erfolg (d. h. bei Nicht-Erreichung aller vulnerablen Familien) auch keinesfalls vorschnell auf die

vielen sinnvollen und guten Maßnahmen und Programme (zum Beispiel die Frühen Hilfen) und die darin tätigen Personen bezogen werden mit dem Argument, sie täten nicht genug, um die schwer erreichbaren Gruppen zu erreichen.

Eine Reihe von Studien verweist zunächst darauf, dass den Hilfebringenden finanzielle und personelle Ressourcen und Fördermittel fehlen, wobei einige Beispiele im Folgenden aufgeführt werden, die in der Literatur benannt werden (Scheurer-Englisch/Fröhlich 2010; Klein 2009; Ziegenhain/Fegert 2009). Nur ein geringer Anteil der Ausgaben im Gesundheitssystem wird für Prävention oder Gesundheitsförderung zur Verfügung gestellt (Roos 2012). Ferner gibt es strukturelle Engpässe im medizinischen Versorgungssystem – so gibt es in psychiatrischen Einrichtungen deutlich zu wenige Plätze für eine gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind (Sarimski 2017).

Abgelegene Regionen haben weniger spezifische Angebote. Gleichzeitig haben sie Schwierigkeiten, gut ausgebildetes Personal zu finden (Snell-Johns u. a. 2004). Sprachliche Vielfalt stellt ebenfalls eine große Herausforderung dar. Wenn etwa in einer Region sehr viele unterschiedliche Sprachen gesprochen werden, ist es schwierig, entsprechend viele Fachkräfte mit den erforderlichen Sprachkompetenzen zu engagieren. So gilt häufig die Regel, dass je weniger häufig eine Sprache vertreten ist, desto weniger Materialien und Unterstützung in der jeweiligen Sprache für betroffene Familien zur Verfügung stehen. Dies geht entsprechend mit einer verminderten Erreichbarkeit einher (Garbers u. a. 2006). Häufig wechselndes Personal in pädagogischen und medizinischen Berufen kann ebenfalls eine Barriere darstellen vor dem Hintergrund der Tatsache, dass gerade für die Zusammenarbeit mit vulnerablen Gruppen ein vertrauensvolles Verhältnis eine wichtige Bedingung einer gelingenden Unterstützung ist (Brookes 2006).

Eine weitere Schwierigkeit nach Ansicht von Stephan liegt darin, dass durch die teilweise Kommerzialisierung von sozialen und medizinischen Diensten und die Zulassung von privatwirtschaftlich agierenden Hilfebringern stärker ein strukturelles Interesse an der Symptomkuration als an nachhaltigen Lösungen und Empowerment-Strategien eingeführt wird – dadurch wird eine fachlich gute Hilfeleistung, die stets ressourcenorientiert ist, erschwert (Stephan 2010).

Alle bislang in diesem Unterabschnitt aufgeführten Barrieren beruhen auf einer unzureichenden Ressourcenausstattung für (Frühe) Hilfeangebote mit der Ausrichtung auf sozial benachteiligte und unterprivilegierte Familien, die ihrerseits eingebettet ist in übergreifende wohlfahrtsstaatliche Grundausrichtungen. Denn die Deutlichkeit und Ausprägungen gesundheitlicher und entwicklungsbezogener Ungleichheiten, mithin eines direkten Zusammenhangs von Ressourcenarmut und ökonomischer Unterprivilegierung einerseits und gesundheitlichen und entwicklungsbezogenen Outcomes andererseits, variiert zwischen den Nationalstaaten ganz erheblich (Rathmann 2015; Pförtner 2013). Nach Auffassung von Raimund Geene u. a. (2016) findet sich ein tiefgreifendes gesellschaftsstrukturelles Problem in der Ungleichheit von Gesundheitschancen. Die mit einiger Verspätung nun auch im deutschsprachigen Raum etablierte gesundheitliche Ungleichheitsforschung liefert eine große Anzahl an Befunden, die die häufigeren Erkrankungsraten von ökonomisch unterprivilegierten Familien ebenso aufzeigt wie massive, ein ganzes Lebensjahrzehnt umfassende Differenzen in der durchschnittlichen Lebenserwartung zwischen armen und reichen Bevölkerungsgruppen (Kroll 2010; Lampert u. a. 2005).

In die Rubrik gesamtgesellschaftlicher Bedingungsgefüge im Bedarfsfeld von (Frühen) Hilfeangeboten gehört somit die Entwicklung bzw. Verfestigung der übergreifenden sozialen

Ungleichheit in Deutschland, wie sie sich auch in ihren Konsequenzen für den Gesundheitszustand unterprivilegierter und vulnerabler Familien darstellt. Dabei sind einerseits die direkten gesundheitlichen Konsequenzen, andererseits die Einbettung von (Frühen) Hilfeangeboten in das sozialstaatliche Arrangement zu berücksichtigen. Es gilt als übergreifender Konsens der soziologischen Ungleichheitsforschung, der Gesundheitsforschung und Sozialepidemiologie sowie der Makroökonomie, dass soziale Ungleichheitsverhältnisse insbesondere im Hinblick auf Einkommensungleichheiten und Vermögen in den letzten zwanzig Jahren massiv zugenommen haben (Dörre 2017; Piketty 2014; Streeck 2013; OECD 2010). Auch wenn die empirische Datenlage in Deutschland noch immer sehr eingeschränkt ist, liegt es nahe, dass die gestiegenen sozialen Ungleichheiten in Deutschland auch Konsequenzen für die gesundheitliche Lage der deutschen Wohnbevölkerung haben: Nach Einschätzung von Lars Eric Kroll (2010, S. 269) hat »der soziale Wandel der deutschen Gesellschaft [...] zu einer Verschärfung sozialer Ungleichheiten geführt, die sich auch in einer Ausweitung gesundheitlicher Ungleichheit manifestiert hat«.

Die Entwicklung hin zu steigender sozialer Ungleichheit wird auch in den Armuts- und Reichtumsberichten für Deutschland dokumentiert. Im fünften Bericht ist der übergreifende Trend eine Stabilisierung auf hohem Ungleichheitsniveau, aber kein Rückgang der zuvor dramatisch angestiegenen sozialen Ungleichheiten (BMAS 2017). In der Betrachtung der Entwicklung der Armutsquote und des Gini-Koeffizienten in Deutschland über das letzte Jahrzehnt zeigt sich insgesamt ein kontinuierlicher Anstieg (BMAS 2017, S. 11).

Daher dürften sich eine Zunahme sozialer Ungleichheit und eine Zunahme armutsgefährdeter Familien unmittelbar auf die Erreichbarkeit der ressourcenarmen und unterprivilegierten Eltern auswirken. In jüngster Zeit hat eine

Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung zu Familieneinkommen einiges an Aufsehen erregt, weil die Autorinnen und Autoren zeigen konnten, dass auf der Grundlage der standardmäßig eingesetzten OECD-Einkommensindikatoren das Armutsrisiko der unteren gesellschaftlichen Schichten systematisch unterschätzt wird, sodass die hier geschilderte Problematik sogar noch weiter verbreitet sein dürfte als bislang (empirisch und theoretisch) angenommen (Garbuszus u. a. 2018).

Die Verschärfung sozialer Ungleichheiten führt nach den Arbeiten von Richard Wilkinson und Kate Pickett zu einer großen Anzahl von gesellschaftlichen und für den Kontext Früher Hilfen und eingeschränkter Erreichbarkeiten vulnerabler Familien unmittelbar relevanten Folgeprobleme. Sie zeigen anhand internationaler makroökonomischer Daten, dass eine größere Ungleichheit in einem Land zu weniger gesellschaftlich verfügbarem sozialem Kapital (im Sinne Putnams), zu eingeschränktem Vertrauen der Menschen in ihre demokratischen Institutionen und zu einer erhöhten Kriminalitätsrate führt (Wilkinson/Pickett, 2008). Die Stellgrößen Vertrauen und soziales Kapital sind auch als relevante Größen für die elterliche Inanspruchnahme von Frühen Hilfeangeboten herausgestellt worden.

Insofern hat die Installation Früher Hilfen immer auch ein kompensatorisches und nachlaufendes Moment im Sinne eines Reparaturbetriebs, weil sie erst einsetzt, *nachdem* gesellschaftliche Ungleichheitsstrukturen Familien mit bedenklicher Ressourcenarmut ausgestattet haben.

Ein letzter makrostruktureller Aspekt, der die Inanspruchnahme aus Institutionenperspektive betrifft, resultiert aus dem Umbau des deutschen Sozialstaats in einen aktivierenden Sozialstaat, der landläufig mit der sogenannten Hartz-Gesetzgebung verbunden wird. Innerhalb der Ungleichheits- und Wohlfahrtsstaatsfor-

schung besteht großflächiger Konsens darüber, dass durch diesen Sozialstaatumbau der soziale Druck auf Arbeitslose bzw. als arbeitssuchend registrierte Menschen – und ihre Familien – nachhaltig erhöht worden ist. Die Umstellung auf einen aktivierenden Sozialstaat, die in den Ämtern und Institutionen häufig begrüßt worden und mit Erwartungen auf ein besseres individuelleres Hilfemanagement zumindest in der Frühphase einhergegangen ist (Nock 2017), wird von Stephan Lessenich (2018, 2009) als eine grundlegende Neuerfindung des Verhältnisses zwischen Individuum und Staat verstanden. Nach Ansicht Lessenichs handelt es sich dabei um einen »Regimewechsel«, der die Verantwortung für ein gelingendes Leben und für die Absicherung gegenüber sozialen Risiken von staatlichen Institutionen auf das Individuum verlagert. Diese Verlagerung besitzt eine enorme Symbolkraft. Können Individuen bzw. Familien, die im Kontext der Gesetzgebung wieder stärker als Zwangsgemeinschaften konzipiert werden, solche Praktiken nicht oder nur unzureichend leisten und/oder müssen staatliche Hilfe- oder Transferleistungen in Anspruch genommen werden, gilt das »als Ausweis individueller Unfähigkeit oder persönlichen Unwillens, von den gesellschaftlich gebotenen Handlungsspielräumen ökonomisch sinnvollen und sozial verantwortungsbewussten Gebrauch zu machen« (Lessenich 2009, S. 83). Staatlichen Institutionen und Ämtern fällt die Aufgabe zu, die Individualisierung struktureller Problemlagen zu exekutieren. Die mit der Aktivierungspolitik verbundene Symbolik führt zu hohen psychischen Belastungen bei all denjenigen Personen, die etwa aufgrund geringer formaler Schulbildung, aufgrund von Sprachschwierigkeiten, körperlichen oder geistigen Einschränkungen und/oder Einkommensarmut die Leistungsstandards und Flexibilitätserfordernisse auf deregulierten Arbeitsmärkten (Sennett 1998) nicht einhalten können. Denn auf diese Weise wird die sym-

bolische Hürde, Hilfeleistungen anzunehmen, für ressourcenschwache Familien stark erhöht, weil Hilfeleistungen weniger mit grundrechtlichen Ansprüchen, sondern in den öffentlichen Diskursen mit dem schambesetzten Scheitern der eigenen Bildungs- und Berufsbiografie in Verbindung gebracht werden und vulnerable und ressourcenarme Familien dem kaum etwas entgegen zu setzen haben (Lessenich 2018). Dadurch werden makrostrukturell einige wichtige familiäre Barrieren erst erzeugt, die im fünften Kapitel als Hinderungsgründe für die familiäre Inanspruchnahme von (Frühen) Hilfeangeboten und im Sinne von Sir Michael Marmot (2018) als »causes of the causes« gelten müssen.

7

Zugangswege und Empfehlungen für eine *Frühe Hilfe für alle*

Es gilt in den Gesundheitswissenschaften, der Soziologie, der Psychologie und den medizinischen Disziplinen als übergreifender Konsens, dass die ersten Lebensjahre besonders prägend für den gesamten weiteren Lebensverlauf sind. Früh erlernte Verhaltensdispositionen sind entsprechend besonders nachhaltig, und die Lebensbedingungen, in denen Kinder in ihren ersten Lebensjahren aufwachsen, prägen die gesamte weitere Biografie maßgeblich. Aus dieser Perspektive ist ebenfalls Konsens, dass der möglichst frühe Einsatz von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und sozialen Hilfeleistungen besonders nachhaltig ist und deshalb entsprechend früh – konsequenterweise am besten schon während der Schwangerschaft – begonnen werden sollte (Neuhauser/Lanfranchi 2016; Steinkirchner 2010; Klein 2009; Rönnau/Fröhlich-Gildhoff 2008). Dies gilt insbesondere dann, wenn Menschen in stark belasteten Situationen leben und erhöhten Risiken (zum Beispiel Armut) ausgesetzt sind (Geene 2018). Doch ist inzwischen ebenfalls hinlänglich bekannt, dass die sozialen Gruppen, von denen angenommen wird, dass sie von Unterstützungsangeboten im Rahmen der Prävention, Gesundheitsförderung und der sozialen Hilfen am stärksten profitieren würden, am wenigsten von diesen erreicht werden (Präventionsdilemma).

In den letzten Jahren sind viele sinnvolle Maßnahmen unternommen worden, um vulnerable Familien mit Fokus auf kleinen Kindern besser zu unterstützen, unter anderem das Aktionsprogramm Frühe Hilfen, das Bundeskinderschutzgesetz und die Bundesinitiative Frühe Hilfen sowie die Bundesstiftung Frühe Hilfen. Doch trotz sinnvoller Strategien werden durch die Angebote Früher Hilfen vulnerable Familien nicht ausreichend erreicht, und es gibt noch Entwicklungsbedarf. Die hier vorliegende Expertise hatte zum Ziel, auf der Grundlage einer Literaturrecherche die Ursachen für die schwere Erreichbarkeit von Familien in belasteten Lebenslagen zusammenzustellen. Dies ist in

den letzten Kapiteln erfolgt, es wurden auf der Grundlage der verwendeten Literatur hindernde und fördernde Faktoren herausgearbeitet, die auf Seiten von Familien und auf Seiten von Institutionen und Programmanbietern die Erreichbarkeit erleichtern respektive erschweren.

In dem hier vorliegenden Kapitel sollen nicht primär die Ergebnisse der vorausgegangenen Kapitel nochmals im Einzelnen zusammengefasst werden. Vielmehr geht es darum, in den folgenden Abschnitten einige Faktoren, die sich vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der durchgearbeiteten Literatur ergeben haben, zu benennen, die den Zugang zu sogenannten schwer erreichbaren Familien erleichtern können. Wie sich im Laufe der Expertise bestätigte, was bereits aus der Praxis und Forschung in Zusammenhang mit der Erreichbarkeit von Familien in belasteten Lebenslagen durch präventive, gesundheitsfördernde und Hilfemaßnahmen im Allgemeinen und durch Frühe Hilfen im Besonderen bekannt ist, gibt es bei der Zielperspektive Früher Hilfen keine einfachen Lösungen und Rezepte. Dies ist einerseits der Komplexität des Gegenstandes geschuldet: Die Erreichbarkeit hängt von vielen unterschiedlichen Faktoren ab, die auf unterschiedlichen Handlungsebenen liegen – angefangen bei den individuellen Kompetenzen und Präferenzen einzelner Eltern bis hin zu politischen Programmatiken, die alle Politikbereiche betreffen. Andererseits zeigen sich in vielen Aspekten – zumindest unter den gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – Spannungsfelder, die sich benennen, jedoch nicht auflösen lassen. Vor diesem Hintergrund werden im abschließenden Kapitel einige Empfehlungen formuliert, die berücksichtigt werden müssten, um vulnerable Familien besser zu erreichen, dies jedoch immer vor dem Hintergrund der gegebenen Komplexität, der aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Spannungsfelder, innerhalb derer man sich zwangsläufig in dieser Thematik bewegt.

Denn solange die massiven Bedingungen in Form von materiellen und symbolischen Barrieren, die die schwierige Erreichbarkeit produzieren und die weder die Akteure Früher Hilfen noch die Familien ernsthaft ändern könnten, fortbestehen, wäre es naiv anzunehmen, durch die Konstruktion Früher Hilfen zu einer radikalen Perspektive im Hinblick auf *Frühe Hilfen für alle* durchzustoßen. Positiv formuliert: Mit einer menschenrechtlich fundierten Sozialpolitik, die die Rolle des Staates auch gegenüber ressourcenschwachen Familien wieder auf die Idee einer demütig dienenden und weniger auf eine strafende und Normabweichungen sanktionierende Instanz festlegt, können Frühe Hilfen all das in ihnen liegende Potenzial entfalten. Werden Frühe Hilfen in dieser Weise staatlich-öffentlich kontextualisiert, wohnen ihnen große gesundheits- und entwicklungsfördernde Chancen inne. Werden sie aber bloß dem Status quo massiver und wachsender sozialen Ungleichheiten hinzugefügt, nehmen sie zwangsweise eine kaum zureichende Kompensations- und Reparaturfunktion an.

Mit diesen Ausführungen ist natürlich nicht gemeint, dass die Frühen Hilfen und weitere Unterstützungen für Familien mit kleinen Kindern nicht sinnvoll und notwendig sind; im Gegenteil, gerade in Zeiten von Prekarisierung von vielen Familien sind solche Unterstützungsmaßnahmen mehr als notwendig, bisweilen gar überlebenswichtig.

Das Spannungsverhältnis, in dem Frühe Hilfen agieren, lässt sich nicht auflösen. Jedoch lassen sich auch im Rahmen des Bestehenden Handlungsspielräume und Optimierungsmöglichkeiten finden, die es den Akteuren in den Frühen Hilfen ermöglichen können, auch unter erschwerten gesellschaftlichen Bedingungen Familien in belastenden Lebenslagen besser zu erreichen und zu unterstützen und somit die Folgen von belastenden Lebensbedingungen für die Kinder abzumildern. Im Folgenden sollen einige Aspekte aufgeführt werden. Dabei stehen

nicht ausschließlich, aber vor allem fördernde Faktoren auf Seiten von Institutionen und Anbietern im Vordergrund.

7.1 Vernetzung und Kooperation auf allen Ebenen stärken

Bei der Durchsicht relevanter Literatur hat sich gezeigt, dass viele Autorinnen und Autoren die ungenügende Vernetzung, die unklare Regelung von Schnittstellen und Übergängen sowie die teilweise unklare Zuständigkeit als eine Barriere bei der Erreichung von vulnerablen Gruppen sehen. Tatsächlich ist die Vielfalt der Zuständigkeitsbereiche innerhalb der ganz unterschiedlichen Bereiche (zum Beispiel Politikbereiche, Verwaltungsbereiche, Professionen und Berufsgruppen) und Ebenen kaum zu überblicken. So sind allein im Politikbereich ganz unterschiedliche Ministerien für die Belange von Familien zuständig. Die drei Bereiche Bildung, Gesundheit und Soziales sind häufig, vor allem auf Länder- und kommunaler Ebene, separat agierende Bereiche, die unterschiedlichen internen Logiken und verschiedenen Gesetzesbüchern folgen. Je nach Bedarf und Art der Unterstützung sind ganz unterschiedliche Berufsgruppen in diesem Zusammenhang tätig, so zum Beispiel Kinderärztinnen und -ärzte, Hebammen, Elternberatungsstellen, Angebote von Elternbildungsprogrammen, Erzieherinnen und Erzieher, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter etc. (Sahrai u. a. 2020). Darüber hinaus beeinflussen viele andere Bereiche, wie zum Beispiel die Städteentwicklung, Regelungen im Arbeitsrecht und in Betrieben oder Umweltpolitik direkt oder indirekt die Lebenssituation von Familien und damit auch ihre Erreichbarkeit. Unterstützungsangebote sind zudem teils staatlich, teils privat bzw. kommerziell und nicht-kommerziell, was einerseits die Koordination erschweren kann, und andererseits können sie

mit ganz unterschiedlichen Zielsetzungen (zum Beispiel Gewinnorientierung bei kommerziellen Anbietern) einhergehen.

Mit der Etablierung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen sowie der unterschiedlichen Netzwerke ist ein wichtiger Schritt getan worden, um die Bereiche Gesundheit und Soziales stärker miteinander zu verbinden und Schnittstellenproblemen zu begegnen. Neben der Vernetzung ist in diesem Kontext wichtig, dass die unterschiedlichen rechtlichen Logiken dieser beiden Bereiche besser aufeinander abgestimmt werden. So sollte sich der Bereich Soziales im weitesten Sinne, wie häufig in der Expertise erwähnt, in eine Richtung entwickeln, die von den betroffenen Familien weniger als Sanktionierungsinstanz, sondern vielmehr als Unterstützungsinstanz wahrgenommen wird.

Unter dem Konzept der Präventionsketten sind in den letzten Jahren ebenfalls auf kommunaler Ebene Initiativen gestartet, die der Vernetzungs- und Schnittstellenproblematik sehr gut begegnen und die die Zusammenarbeit zwischen den Bereichen Bildung, Gesundheit und Soziales spürbar verbessern (Richter-Kornweitz/Weiß 2014; Krömker 2012; Pretis/Dimova 2010; Steinkirchner 2010; Stephan 2010; Naggl/Thurmair 2008b). Es liegen inzwischen eine ganze Reihe von Handlungsempfehlungen für die Praxis (zum Beispiel Werkbuch Präventionskette, herausgegeben von der Landesvereinigung für Gesundheit, Niedersachsen) und Evaluationsergebnisse von kommunalen Präventionsketten vor. Es ist – gut umgesetzt – auf jeden Fall ein sehr erfolversprechender Weg, um die Eltern, die bereits erreicht worden sind (durch Schwangerschaftsvorsorge, Geburtsklinik, Hebammen, die eine fast 100%ige Erreichbarkeit garantieren), nicht wieder aus dem Blickfeld zu verlieren.

In Kommunen kann mithilfe lokaler Netzwerke die Bereitschaft zur Hilfeinanspruchnahme unterstützt werden (Jungmann/Brand 2012). Ein Best-Practice-Modell für eine kommunale

Vernetzung hat das Präventionsnetzwerk Ortenaukreis in den letzten Jahren etablieren können (Fröhlich-Gildhoff/Böttinger 2018). Eine zentrale Rolle kommt dabei der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften in diesem Kontext zu, denn die Zusammenarbeit in interdisziplinären Teams und Kontexten und eine gut organisierte Kooperation mit ganz unterschiedlichen Stellen und Personen erfordern ganz spezifische Kompetenzen (Rauschenbach 2008). Möglichkeiten für eine Koordination unter Fachkräften sind beispielsweise ein runder Tisch für ein gemeinsames Ausarbeiten (Stephan, 2010; Ziegenhain/Fegert 2009) oder auch kleinere, schlagkräftige und effiziente Arbeitsgruppen, die möglichst interdisziplinär besetzt sind (Ziegenhain/Fegert 2009). Die zunehmend ausgebauten interdisziplinären Qualitätszirkel (Siebolds u. a. 2016) können auf diesem Weg ein wichtiger Baustein sein, um den Austausch von Gesundheitsakteuren und den Frühen Hilfen bzw. der Kinder- und Jugendhilfe weiter zu fördern und die disziplinären Differenzen zu überwinden.

Auf institutioneller Ebene ist auch die Bildung von Familienzentren für eine gute Vernetzung sinnvoll (Neuhauser/Lanfranchi 2016; Hartung u. a. 2011; Heitkötter u. a. 2008; Strohmeier 2008). Eine Anbindung von Eltern-Kind-Zentren an Kindertagesstätten bietet den Eltern ein niederschwelliges Angebot in ihrem Umfeld. Eltern-Kind-Zentren sollten dabei möglichst vielfältige Kooperationspartner haben (Meyer-Rumke 2008). Martin R. Textor (2013) nennt eine Reihe weiterer möglicher Zugangswege, unter anderem auch um die Koordination und Organisation zu verbessern, so z. B. die Etablierung von Elterncafés, Teestuben, Sitzcken und Elternstammtischen in Settings wie Kindertagesstätten. Zudem wird in der Literatur auf den Aspekt der Partizipation aller Akteure im Setting inklusive der betreffenden Eltern hingewiesen, was eine Kompetenzstärkung aller Beteiligten bewirken kann (Geene u. a. 2009; Diller 2008).

7.2 Frühe Hilfen als gelungene Mischung aus Geh- und Komm-Strukturen

Der Setting-Ansatz gilt in der Praxis von Public Health als eine der wichtigsten Strategien zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere wenn es um die Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen geht (Altgeld 2004; WHO 1986). Dies gilt auf jeden Fall auch, was die Erreichbarkeit von vulnerablen Familien mit kleinen Kindern betrifft. Dass Unterstützungsangebote dort stattfinden, wo Menschen leben, arbeiten und sich täglich aufhalten (Geh-Struktur), ist eine Bedingung der Möglichkeit, dass vulnerable Gruppen überhaupt erreicht werden können (Preiss, 2013; Hartung u. a. 2011; Sahrai 2011; Altgeld 2008; Tschöpe-Scheffler/Wirtz, 2008; Altgeld 2003). Dabei kann der Setting-Ansatz sowohl als Komm- als auch als Geh-Struktur etabliert werden, beide Varianten sind sinnvoll und sollten parallel angeboten werden und sich komplementär ergänzen (Neuhauser/Lanfranchi 2016; Rönnau/Fröhlich-Gildhoff 2008). Zum Beispiel sind stadtteilbezogene Komm-Strukturen eine Möglichkeit, Unterstützungsangebote im Setting zu verankern, selbst wenn Eltern diese aktiv aufsuchen müssen. Eine vielversprechende Strategie ist in diesem Zusammenhang die Mithilfe und der Einsatz von Peers, mit denen unter bestimmten Umständen vulnerable Zielgruppen besser erreicht werden können (Diez, 2014). Gleiches gilt für die Geh-Strukturen, die in Settings wie Kindertagesstätte, Schule etc. angeboten werden.

Im Kontext Früher Hilfen ist jedoch der Setting-Ansatz in seiner klassischen Form nicht ausreichend, weil hier die Unterstützung in erster Linie in den Familien stattfindet. Die Familie ist in ihrer Eigenart und Logik nicht vergleichbar mit anderen Settings, denn sie ist keine öffentliche Einrichtung, die Privatsphäre und Autonomie der Familie haben hier höchste

Priorität (Geene u. a. 2016). Aus diesem Grund ist es zwingend, auch im Kontext einer Gesundheitsförderung in der Familie die Autonomie des Systems Familie und das Freiwilligkeitsprinzip aller Maßnahmen anzuerkennen (Ermert u. a. 2015; Schnabel 2001). Zentral ist anwaltschaftliche Fürsprache (Advocacy) für Eltern mit dem Blickwinkel, die Außenwirkungen auf das System Familie abzuschätzen und gesundheitsförderlich auszurichten, ohne in patriarchale Hilfestrukturmuster zu verfallen (Altgeld/Bittlingmayer 2016; Bittlingmayer/Sahrai 2014b). Raimund Geene (2015) ist hier vorbehaltlos zuzustimmen: »Es sind nicht die Eltern oder Familien selber, sondern die Rahmenbedingungen, die gesundheitsförderlich auszurichten sind.« Rechtlich wäre es wichtig, dass verlässliche Rechte und Regelungen geschaffen werden, die mit einem klaren Anspruchscharakter von umfassenden Hilfeleistungen auf Seiten der Familien versehen werden (menschenrechtliche Verankerung von (staatlichen) Hilfeleistungen), damit Eltern sich nicht als Bittsteller fühlen und dies evtl. zu einer symbolischen Barriere der Inanspruchnahme wird. Das Familienhebammenprogramm im Rahmen der Frühen Hilfen oder Programme wie zum Beispiel Opstapje oder Hippy bilden die richtigen Ansätze (Opp 2016).

7.3 Zielgruppenspezifische Ansprache und lebensweltorientierte Angebote stärken, Bedürfnisse ernst nehmen

Es wird kaum bestritten, dass Maßnahmen zur Unterstützung und Stärkung von Familien zielgruppengerecht und lebensweltorientiert gestaltet sein müssen, wenn sie die Familien erreichen möchten (Neuhauser/Lanfranchi 2016; Preiss 2013; Roos 2012; Hartung u. a. 2011; Sahrai 2011; Lukasczyk 2010; Scheurer-Englisch/Fröhlich 2010; Wolf-Kühn/Geene 2009; Rön-

nau/Fröhlich-Gildhoff 2008; Tschöppe-Scheffler 2003). Dabei wird immer wieder betont, dass hier sozial und gesundheitlich besonders benachteiligte Gruppen im Vordergrund stehen sollten (Geene u. a. 2009; Graham 2008; Rönnau/Fröhlich-Gildhoff 2008). Der Lebensweltbezug soll mithilfe einer sorgfältigen Beschreibung der Zielgruppe geschaffen werden im Hinblick auf deren Struktur, Bedürfnisse und Bedarfe sowie deren bisheriges Inanspruchnahmeverhalten (Walter/Jahn 2015; Steinkirchner 2010). Mit einer geschlechter-, und/oder kultursensiblen Gestaltung der Zugangswege kann eine höhere Akzeptanz bei Zielpersonen erreicht werden, und zudem hilft es bei der Entstigmatisierung (Walter/Jahn 2015). Des Weiteren ist ein intersektioneller Zugang zu Zielgruppen von besonderer Wichtigkeit (Sahrai 2011; Lukasczyk 2010; Steinkirchner 2010).

In diesem Kontext ist auch von Bedeutung, dass der seit 2013 bestehende Rechtsanspruch auf einen Kita-Platz für Kinder unter drei Jahren tatsächlich realisiert wird. Zurzeit sind Plätze im U3-Bereich so selten, dass dort gerade die sonst schwer erreichbaren Gruppen sehr viel weniger Chancen haben, einen Platz zu erhalten. Dabei wird eine möglichst frühe institutionelle Bildung als eine der zentralen Bedingungen für die Verbesserung der Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern aus benachteiligten sozialen Gruppen angesehen. Hier wären dann die im privaten Kontext schwer erreichbaren Elterngruppen über den institutionsgebundenen Setting-Ansatz durch Maßnahmen Früher Hilfen deutlich besser erreichbar.

Damit die Schwelle zur Teilnahme an familienbildenden Angeboten sinkt, müssen Themen angesprochen werden, die für Familien und ihre Lebenswelt aktuell und bedeutend sind (Sarimski 2017; Hänggi u. a. 2014; Preiss 2013; Krömker 2012; Roos 2012; Sahrai 2011; Heitkötter u. a. 2008; Rönnau/Fröhlich-Gildhoff 2008). Die subjektive Sichtweise der Eltern sollte bei der

Entwicklung Früher Hilfen unbedingt berücksichtigt werden (Wolf-Kühn/Geene 2009).

Um den Lebenswelten psychosozial belasteter Familien mit Maßnahmen Früher Hilfen besser gerecht zu werden, muss mehr über diese Lebenswelten, ihren Alltag sowie die Bedürfnisse der Eltern und der Kinder erfahren werden. Einige Erkenntnisse über benachteiligte Lebenswelten lassen sich durchaus aus dem Forschungsstand extrahieren (siehe Kapitel 5.2.). In den Studien, die die Bedürfnisse von Familien erheben, werden von Eltern, vor allem Müttern, häufig sehr konkrete Bedarfe genannt, die nicht immer auf einen abstrakten Begriff gebracht werden können. So alltäglich und banal sich solche Bedürfnisse teilweise auch anhören: Die Tatsache, dass bestimmte Dinge genannt werden, bringt zum Ausdruck, dass sie für den Alltag der betreffenden Personen von Bedeutung sind. Diese können je nach Lebenssituation ganz unterschiedlich sein, wie zum Beispiel Unterstützung beim Einkaufen, wenn kein eigener PKW vorhanden ist, Kinderbetreuung zwischendurch, damit die Betreuungsperson Zeit für die Erledigung von anderen Verpflichtungen hat oder sich einfach einige Stunden ausruhen kann, flexible finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, um zeitweilige Engpässe überbrücken zu können (zum Beispiel wenn eine neue Waschmaschine gebraucht wird), oder auch wenn zum Beispiel eine junge Mutter gern mit Peers am Wochenende länger ausgehen möchte. Hinter all diesen scheinbar mehr oder weniger banalen Bedürfnisaussäuerungen stecken grundlegendere Bedürfnisse; werden diese im Alltag immer wieder nicht erfüllt, ergeben sich negative Konsequenzen, die sich u. a. auch auf Eltern-Kind-Interaktionen und somit auch auf das Aufwachsen der Kinder auswirken können.

Dennoch ist der Gesamtforschungsstand zur Lebenswelt, zu alltäglichen Sinnsetzungsprozessen, Bewältigungsmustern und Handlungsressourcen im deutschsprachigen Raum

im Unterschied etwa zur anglo-amerikanischen Forschung sehr lückenhaft. Eine gute Kenntnis der Lebenswelten vulnerabler Elterngruppen ist aber eine wichtige Voraussetzung für möglichst maßgeschneiderte Unterstützungsangebote. Hier plädieren wir für die verstärkte Orientierung an anglo-amerikanischer Forschung, in der qualitative, vor allem ethnografische Zugänge, wie sie in den Gesundheitswissenschaften bislang vor allem in der Versorgungsforschung relativ gängig sind (Bittlingmayer u. a. 2020; Sahrai u. a. 2018). Eine ethnografisch angelegte, an Gesundheit und Salutogenese orientierte Forschungsrichtung wäre ein gangbarer Weg, um über die Lebenswelt, den Alltag sowie das alltägliche Gesundheits- und Erziehungsverhalten mehr in Erfahrung zu bringen. Es geht also bei den bestehenden Forschungslücken in diesem Bereich nicht nur um allgemeine Prinzipien, denn diese sind bekannt und werden immer wieder gefordert: Lebensweltorientierung, Zielgruppenspezifität, Setting-Ansatz. Die weitere Forschung sollte stärker auf das *was genau* und *wie genau* fokussiert sein. Eine solche Forschung kann aus unserer Sicht – in Kombination mit den oben genannten allgemeinen Prinzipien – dazu beitragen, ein Unterstützungssystem zu etablieren, das in der Lage ist, spontan auf die alltäglichen Bedürfnisse von Familien zu reagieren, und würde diese nicht nur viel leichter erreichen, sondern auch als echte Unterstützungsleistung wahrgenommen und akzeptiert werden.

7.4 Perspektive: Frühe Hilfen für alle

Ein Kind zu haben, darf für Eltern – in welcher Lebenslage sie sich auch befinden – nicht zu einem dauerhaften Gefühl von Überforderung und Belastung führen. Der Gesamtgesellschaft sowie konkret den Institutionen, die Familien unterstützen, kommt die Aufgabe zu, Bedingun-

gen dafür zu schaffen, dass alle Kinder gesund aufwachsen und sich gut entwickeln.

Neben den spezifischen Zugangswegen und Maßnahmen für Familien mit kleinen Kindern und der Berücksichtigung subjektiver Bedürfnisse einzelner Familien soll zuletzt nicht unerwähnt bleiben, dass Prävention, Gesundheitsförderung und Hilfeinanspruchnahme sowie die Verantwortung für die Erziehung von Kindern nicht auf die Familien alleine und ebenfalls nicht auf einzelne Bereiche reduziert werden können. Vielmehr müssen Belange von Familien allgemein und vulnerabler Familien im Besonderen als Querschnittsaufgabe aller Politikbereiche betrachtet werden. Das Ziel sollte sein, dass alle Tätigkeiten in einer Gesellschaft daran ausgerichtet sind, dass kleine Kinder und ihre Familien an der Gesellschaft, in der sie leben, partizipieren können und sich überall willkommen fühlen (Andresen/Hurrelmann 2013; Schnabel 2001). Frei nach dem Motto der Ottawa Charta »making the healthier choice the easier choice« sollte Kindheit in einer Gesellschaft so gestaltet sein, dass es für alle Eltern, einschließlich Eltern mit Belastungen jedweder Art, leichter ist, sich mit ihren Kindern in öffentlichen Räumen aufzuhalten (nicht nur Spielplätze, sondern auch andere Räume, zu denen Eltern sonst hingehen würden, wie zum Beispiel Restaurants, Cafés, kulturelle Anlässe und Veranstaltungen etc.). Je besser die Möglichkeiten für Familien sind, sich im öffentlichen Raum frei zu bewegen, und je stärker die allgemeine Wertschätzung (symbolisch, rechtlich, materiell) für Familien und Kinder ist, desto eher sind sie Teil des Ganzen und desto seltener müssen sie gesondert erreicht werden. Dass der Weg lang ist, sollte nicht davon abhalten, loszugehen.

Literatur und Quellen

- AAP Council on Community Pediatrics (2016):** Poverty and Child Health in the United States. In: *Pediatrics*. 137 Jg., H. 4: e20160339.
- Allen, Meg / Black, Mary (2006):** Dual level evaluation and complex community initiatives: the local evaluation of Sure Start. In: *Evaluation*, 12. Jg., H. 2, S. 237–249
- Altgeld, Thomas (2003):** Kindertagesstätten – Ein vernachlässigtes Setting mit Handlungsbedarf und Zukunftspotential! In: HAG (Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung): Ressourcen stärken – Benachteiligungen ausgleichen. Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten unter Berücksichtigung besonderer Lebenslagen.
- Altgeld, Thomas (2004):** Gesundheitsfördernde Settingansätze in benachteiligten städtischen Quartieren. Berlin
- Altgeld, Thomas (2008):** Gesundheitsfördernde Settingarbeit als Schlüsselstrategie zur Reduktion von gesundheitlichen Ungleichheiten. In: Bauer, Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H. / Richter, Matthias (Hrsg.): *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden, S. 511–529
- Altgeld, Thomas / Bittlingmayer, Uwe H. (2016):** Verwirklichungschancen / Capabilities. In: BZgA (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln, S. 149–156
- Ammerman, Robert T. / Altaye, Mekibib / Gannon, Thomas A. / Hulsmann, Jaclyn E. / Lehmkuhl, Heather D. / Monroe, Jennifer C. / Putnam, Frank W. / Stevens, Jack u. a. (2006):** Predictors of Early Engagement in Home Visitation. In: *Journal of Family Violence*, 21. Jg., H. 2, S. 105–115
- Andresen, Sabine / Hurrelmann, Klaus (2013):** Kinder in der Deutschland 2013. 3. World Vision Kinderstudie. Weinheim.
- Avis, Mark / Bulman, Donna / Leighton, Paul (2007):** Factors affecting participation in Sure Start programmes: a qualitative investigation of parents' views. In: *Health & Social Care in the Community*, 15. Jg., H. 3, S. 203–211
- Barnes, Jacqueline / MacPherson, Kristen / Senior, Rob (2006):** Factors influencing the acceptance of volunteer home-visiting support offered to families with new babies. In: *Child & Family Social Work*, 11. Jg., H. 2, S. 107–117
- Barnett, W. Steven (1995):** Long-Term Effects of Early Childhood Programs on Cognitive and School Outcomes. In: *The Future of Children*, 5. Jg., H. 3, S. 25–50
- Barth, Michael / Renner, Ilona (2014):** *Kindermedizin und Frühe Hilfen*. NZFH, Köln
- Bauer, Ullrich (2004):** Prävention und Schulstruktur – Evaluationsergebnisse zu Lions-Quest »Erwachsen werden«. In: Melzer, Wolfgang / Schwind, Hans-Dieter (Hrsg.): *Gewaltprävention in der Schule. Grundlagen – Praxismodelle – Perspektiven*. Baden-Baden, S. 113–138
- Bauer, Ullrich (2005):** Das Präventionsdilemma: Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. Berlin / Heidelberg
- Bauer, Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H. (2005):** Wer profitiert von Elternbildung? In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 25. Jg., H. 3, S. 263–280
- Bauer, Ullrich / Driessen, Martin / Heitmann, Dieter / Leggemann, Michael (Hrsg.) (2013):** *Psychische Erkrankungen in der Familie. Das Kanu-Manual für die Präventionsarbeit*. Köln
- Bauer, Ullrich / Reinisch, Anke / Schmuhl, Miriam (Hrsg.) (2012):** *Prävention für Familien mit psychisch kranken Eltern. Bedarf, Koordination, Praxiserfahrung*. Wiesbaden

- Bergmann, Karl E. / Bergmann, Renate L. / Dudenhausen, Joachim W. / Ellert, Ulrike (2007):** Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50. Jg., H. 5–6, 670–676
- Bertram, Hans / Spieß, C. Katharina (2010):** Ravensburger Elternsurvey. Elterliches Wohlbefinden – Erwartungen, Voraussetzungen und Unterstützung der elterlichen Ressourcen für die Zukunft der Kinder. Berlin
- Bittlingmayer, Uwe H. / Bertschi, Isabella / Harsch, Stefanie / Iserttas, Zeynep / Sahrai, Diana / Sahrai, Elias (2020):** Health Literacy aus gesundheitsethnologischer Perspektive. Eine Analyse alltäglicher Gesundheitspraktiken von migrantischen Jugendlichen und Familien. Wiesbaden
- Bittlingmayer, Uwe H. / Sahrai, Diana (2014a):** Wer zielt auf wen? Abschied vom Zielgruppenbegriff. In: Impulse für Gesundheitsförderung, H. 84, S. 7–8
- Bittlingmayer, Uwe H. / Sahrai, Diana (2014b):** Gesundheitsförderung und Prävention zwischen Autonomie, adaptiven Präferenzen und Expert_innenwissen. In: Schmidt, Bettina (Hrsg.): Akzeptierende Gesundheitsförderung – Gesundheitliche Unterstützung im Spannungsfeld zwischen Einmischung und Vernachlässigung. Weinheim / München, S. 76–87
- Bittlingmayer, Uwe H. (2008):** Blaming, Producing und Activating the Victim. Materialistisch inspirierte Anmerkungen zu verdrängten Dimensionen sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit. In: Hensen, Gregor / Hensen, Peter (Hrsg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Berlin / Heidelberg, S. 239–258
- Bittlingmayer, Uwe H. / Bauer, Ullrich / Richter, Matthias / Sahrai, Diana (2009):** Die Über- und Unterschätzung von Raum in Public Health – Überlegungen zur räumlichen Dimension gesundheitlicher Ungleichheiten. In: Deutsche Zeitschrift für Kommunalwissenschaften, 48. Jg., H. 2, S. 21–30
- Bittlingmayer, Uwe H. / Ziegler, Holger (2012):** Public Health und das gute Leben. Der Capability-Approach als normatives Fundament interventionsbezogener Gesundheitswissenschaften? Berlin
- (BMAS) Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008):** Lebenslagen in Deutschland. Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.
- (BMAS) Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013):** Lebenslagen in Deutschland. Der vierte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.
- (BMAS) Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2017):** Lebenslagen in Deutschland. Der fünfte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.
- (BMFSFJ) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017):** Leitungsleitlinien. Bundesstiftung Frühe Hilfen zur Umsetzung des Fonds Frühe Hilfen. Nationales Zentrum Frühe Hilfen, Köln
- Boag-Munroe, Gill / Evangelou, Maria (2012):** From hard to reach to how to reach: A systematic review of the literature on hard-to-reach families. In: Research Papers in Education, 27. Jg., H. 2, S. 209–239
- Bock-Famulla, Kathrin / Langness, Anja / Schöne, Mandy (2008):** Kinder brauchen eine ganze Kommune. Erfahrungen aus dem Modellprojekt Kind & Co. In: Heitkötter, Martina / Diller, Angelika / Rauschenbach, Thomas (Hrsg.): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. München, S. 211–221

- Bolder, Axel (2006):** Weiterbildung in der Wissensgesellschaft. Die Vollendung des Matthäus-Prinzips. In: Bittlingmayer, Uwe H. / Bauer, Ullrich (Hrsg.): Die »Wissensgesellschaft«. Mythos, Ideologie oder Realität? Wiesbaden, S. 431–444
- Bolder, Axel / Hendrich, Wolfgang (2000):** Fremde Bildungswelten. Alternative Strategien lebenslangen Lernens. Opladen
- Booth, Andrew / Papaioannou, Diana / Sutton, Anthea (2012):** Systematic approaches to a successful literature review. Los Angeles
- Bourdieu, Pierre (1983):** Ökonomisches Kapital, soziales Kapital, kulturelles Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hrsg.): Soziale Ungleichheiten. Göttingen, S. 183–198
- Bourdieu, Pierre (1987):** Die feinen Unterschiede. Frankfurt am Main
- Brackertz, Nicola (2007):** Who is hard to reach and why? Institute of Social Research Working Paper. Melbourne
- Bremer, Helmut (2004):** Der Mythos vom autonom lernenden Subjekt. Zur sozialen Verortung aktueller Konzepte des Selbstlernens und zur Bildungspraxis unterschiedlicher Milieus. In: Das kulturelle Kapital und die Macht der Klassenstrukturen. Weinheim / München, S. 189–213
- Brookes, Sheila J. / Ispa, Jean M. / Lane, Valeri J. / Summers, Jean Ann / Thornburg, Kathy R. (2006):** Building successful home visitor–mother relationships and reaching program goals in two Early Head Start programs: A qualitative look at contributing factors. In: Early Childhood Research Quarterly, 21. Jg., H. 1, S. 25–45
- Buchanan, Ann (2005):** Including the socially excluded: The impact of government policy on vulnerable families and children in need. In: British Journal of Social Work, 37. Jg., H. 2, S. 187–207
- Bundestag (2015):** Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)
- Buschhorn, Claudia (2012a):** Frühe Hilfen. Versorgungskompetenz und Kompetenzüberzeugung von Eltern. Wiesbaden
- Buschhorn, Claudia (2012b):** Welche Elterninformationen sind für die Zielgruppe Früher Hilfen attraktiv? Köln
- Cattan, Sarah / Conti, Gabriella / Farquharsen, Christine / Ginja, Rita (2019):** The health effects of Sure Start. Institute for Fiscal Studies, London.
- Chand, Ashok / Thoburn, June (2005):** Research review: Child and family support services with minority ethnic families: What can we learn from research? In: Child & Family Social Work, 10. Jg., H. 2, S. 169–178
- Clarke, Karen (2006):** Childhood, parenting and early intervention: A critical examination of the Sure Start national programme. In: Critical Social Policy, 26. Jg., H. 4, S. 699–721
- Coe, Chris / Gibson, Andy / Spencer, Nicholas J. / Stuttford, Maria (2008):** Sure Start: voices of the 'hard-to-reach'. In: Child: Care, Health and Development, 34. Jg., H. 4, S. 447–453
- Coleman, James S. (1988):** Social capital in the creation of human capital. In: American Journal of Sociology, 94. Jg., S. 95–120
- Currie, Janet / Thomas, Duncan (1998):** School Quality and The Longer-Term Effects of Head Start. National Bureau of Economic Research (NBER) Working Paper, Nr. 6362
- Dangschat, Jens S. (1998):** Sozialräumliche Aspekte der Armut im Jugendalter. In: Klocke, Andreas / Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Kinder und Jugendliche in Armut. Umfang, Auswirkungen und Konsequenzen. Wiesbaden, S. 112–135
- Deming, David (2009):** Early childhood intervention and life-cycle skill development: Evidence from Head Start. In: American Economic Journal: Applied Economics, 1. Jg., H. 3, S. 111–134
- DHV (Deutscher Hebammenverband e.V.) (2014):** Stellungnahme. Hebammen im Kontext der Frühen Hilfen (Familienhebammen)

- Diez Grieser, Maria Teresa (2014):** Präventionsprojekte und Migration. In: Frühförderung interdisziplinär, 33. Jg., H. 1, S. 16–25
- Diller, Angelika (2008):** Profis, Laien und andere Akteure – Anmerkungen zum Personalmix in familienbezogenen Einrichtungen. In: Heitkötter, Martina / Diller, Angelika / Rauschenbach, Thomas (Hrsg.): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. München, S. 221–241
- Dörre, Klaus (2017):** Die neuen Vagabunden. Prekarität in reichen Gesellschaften. In: Bittlingmayer, Uwe H. / Demirovic, Alex / Freytag, Tatjana (Hrsg.): Handbuch Kritische Theorie. Wiesbaden, S. 1–23
- Eckert, Andreas (2008):** Mütter und Väter in der Frühförderung. Ressourcen, Stresserleben und Bedürfnisse aus der Perspektive der Eltern. In: Frühförderung interdisziplinär, 27. Jg., H. 1, S. 3–10
- Eickhorst, Andreas / Schreier, Andrea / Brand, Christian / Lang, Katrin / Liel, Christoph / Renner, Ilona / Neumann, Anna / Sann, Alexandra (2016):** Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. Bundesgesundheitsblatt 59: 1271–1280
- Emmel, Nick / Greenhalgh, Joanne / Hughes, Kahryn / Sales, Adam (2007):** Accessing socially excluded people – Trust and the gatekeeper in the researcher-participant relationship. In: Sociological Research Online, 12. Jg., H. 2, S. 1–13
- Engelmann, Fabian / Halkow, Anja (2008):** Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung: Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung. Berlin
- Erhart, Michael / Ravens-Sieberer, Ulrike / Wille, Nora (2008):** In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik. In: Bauer, Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H. / Richter, Matthias (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten. Wiesbaden, S. 331–357
- Ermert Kaufmann, Claudia / Kannengieser, Simone / Sahrai, Diana (2015):** Elternpartizipation im aktuellen frühpädagogischen Fachdiskurs. In: inklusive, 5. Jg., S. 12–33.
- Evers, Adalbert (2008):** Wohlfahrtsmix und Governance im Bereich der Kindertagesbetreuung. In: Heitkötter, Martina / Diller, Angelika / Rauschenbach, Thomas (Hrsg.): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. München, S. 41–69
- Faugier, Jean / Sargeant, Mary (1997):** Sampling hard to reach populations. In: Journal of Advanced Nursing, 26. Jg., H. 4, S. 790–797
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus / Böttinger, Ullrich (2018) (Hrsg.):** Prävention und Gesundheitsförderung als kommunale Gesamtstrategie. Konzept, Entwicklung und Evaluation des »Präventionsnetzwerks Ortenaukreis (PNO)«. Freiburg
- Garbers, Claudia / Akhurst, Sofie / Allnock, Debbie / Tunstill, Jane (2006):** Facilitating access to services for children and families: lessons from Sure Start Local Programmes. In: Child & Family Social Work, 11. Jg., H. 4, S. 287–296
- Garbuszus, Jan Marvin / Ott, Notburga / Pehle, Sebastian / Werding, Martin (2018):** Wie hat sich die Einkommenssituation von Familien entwickelt? Ein neues Messkonzept. Gütersloh
- Garces, Eliana / Currie, Janet / Thomas, Duncan (2002):** Longer-term effects of Head Start. In: American Economic Review, 92. Jg., H. 4, S. 999–1012

- Geene, Raimund (2018):** Familiäre Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Richter, Matthias / Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, S. 371–389
- Geene, Raimund / Bacchetta, Britta / Quilling, Elke / Thyen, Ute (2016):** Familiäre Gesundheitsförderung. Gesetzliche Rahmenbedingungen und die Bedeutung gelingender Übergänge. In: Prävention und Gesundheitsförderung. 11. Jg., H. 4, S. 222–229
- Geene, Raimund (2015):** Familie als Setting der Gesundheitsförderung. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/service/meldungen/familie-als-setting-der-gesundheitsfoerderung/> (21.06.2018)
- Geene, Raimund / Gold, Carola (Hrsg.) (2009):** Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern
- Geene, Raimund / Möllmann, Andrea / Wlodek, Ina (2009):** Der Setting-Ansatz der Gesundheitsförderung – Gesunde Schule, gesunde Kita, gesunder Stadtteil. In: Geene, Raimund / Gold, Carola (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern, S. 47–70
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2015):** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie). Bundesanz. Verl., Nr. BAnz AT 18.08.2016 B1
- Graham, Hilary / Hawkins, Summer Sherburne / Law, Catherine (2010):** Lifecourse influences on women's smoking before, during and after pregnancy. In: Social Science & Medicine, 70. Jg., H. 4, S. 582–587
- Graham Hilary (2008):** Die Bekämpfung gesundheitlicher Ungleichheiten und die Bedeutung sozialer Determinanten: Unterschiedliche Definitionsansätze und ihre politischen Konjunkturen. In: Bauer, Ulrich / Bittlingmayer Uwe H. / Richter, Mathias (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, S. 455–479
- Gray, Ron / Francis, Elizabeth (2007):** The implications of US experiences with early childhood interventions for the UK Sure Start Programme. In: Child: Care, Health and Development, 33. Jg., H. 6, S. 655–663
- Gross, Deborah / Fogg, Louis / Julion, Wrenetha (2001):** What motivates participation and dropout among low-income urban families of color in a prevention intervention? In: Family Relations, 50. Jg., H. 3, S. 246–254
- Grotlüschen, Anke / Riekmann, Wibke (2013):** leo. – Level-One Studie. Literalität von Erwachsenen auf den unteren Kompetenzniveaus. Hamburg
- HAG (Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung) (2011):** Koordinierungsstelle Gesundheitsfördernde Kitas: Glossar Gesundheitsförderung. Hamburg
- Hahn, Daphne (2014):** Gesundheitliche Ungleichheit, soziale Differenzierung von Gesundheitsverhalten und die selektive Begünstigung hegemonialer gesellschaftlicher Gruppen. In: Schmidt, Bettina (Hrsg.): Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung. Weinheim / Basel, S. 88–99
- Hänggi, Yves / Bodenmann, Guy / Cina, Annette (2014):** Bewertung und Inanspruchnahme der Elternbildung in der Schweiz. Ergebnisse einer Online-Befragung. In: Psychologie in Erziehung und Unterricht, 61. Jg., H. 2, S. 141–150
- Hartung, Susanne / Bittlingmayer, Uwe H. (2008):** Schulische Elternbildung im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsförderung und Präventionsdilemma. In: Eine empirische Studie zur integrierten schulischen Elternbildung von »Erwachsen werden«. Bielefeld

- Hartung, Susanne / Kluwe, Sabine / Sahrai, Diana (2011):** Gesundheitsförderung und Prävention in Settings. Elternarbeit in Kitas, Schule und Familienhilfe. In: Schott, Thomas (Hrsg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland; Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden, S. 599–617
- Hartung, Susanne (2014):** Sozialkapital und gesundheitliche Ungleichheit. Analyse des elterlichen Sozialkapitals in der schulischen Gesundheitsförderung. Wiesbaden
- Heinrichs, Nina / Guse, Ute / Krüger, Sonja (2006):** Der Einfluss von Anreizen auf die Rekrutierung von Eltern und auf die Effektivität eines präventiven Elterntrainings. In: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35. Jg., H. 2, S. 97–108
- Heitkötter, Martina / Diller, Angelika / Rauschenbach, Thomas (2008):** Veränderte Anforderungen an Familien – Ausgangspunkt für integrierte Infrastrukturangebote für Kinder und Eltern. In: Diller, Angelika / Heitkötter, Martina / Rauschenbach, Thomas (Hrsg.): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. München, S. 9–14
- Hoffmann, Rasmus / Borsboom, Gerard / Burström, Bo / Corman, Diana / Costa, Claudia / Deboosere, Patrick / Dell’Olmo, Marc Mari / Saez, Marc u. a. (2014):** Social differences in avoidable mortality between small areas of 15 European cities: an ecological study. In: International Journal of Health Geographics, 13. Jg., H. 8, S. 1–11
- Hoffmeister, Dieter (2008):** Normativität in der Familiensoziologie. Randalen in der Keimzelle, ideologische Einfalt oder familiäre Vielfalt. In: Ahrens, Johannes / Beer, Raphael / Bittlingmayer, Uwe H. / Gerdes, Jürgen (Hrsg.): Beschreiben und/oder Bewerten. Normativität in sozialwissenschaftlichen Forschungsfeldern. Münster, S. 203–230
- Holzer, Daniela (2004):** Widerstand gegen Weiterbildung: Weiterbildungsabstinenz und die Forderung nach lebenslangem Lernen. Berlin
- Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Richter, Matthias / Stock, Stephanie (2018):** Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Bern
- Hurrelmann, Klaus / Bauer, Ullrich (2015):** Einführung in die Sozialisationstheorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung. Weinheim
- Hurrelmann, Klaus / Hartung, Susanne / Kluwe, Sabine / Sahrai, Diana (2013):** Gesundheitsförderung durch Elternbildung in »Settings«. Strategien zur Erreichbarkeit sozial benachteiligter Mütter und Väter. In: Prävention und Gesundheitsförderung 8. Jg., H. 4, S. 267–75
- Jencks, Christopher / Phillips, Meredith (2011):** The Black-White Test Score Gap. X. Aufl. Washington, D.C.
- Jungmann, Tanja / Brand, Tilman (2012):** Die besten Absichten zu haben ist notwendig, aber nicht hinreichend – Qualitätsdimensionen in den Frühen Hilfen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61. Jg., H. 10, S. 723–737
- Karoly, Lynn A. / Levoux, Hugh P. (1998):** Investing in our children: What we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions. Santa Monica / Washington, D.C.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016) KBV – Gelbes Heft angepasst:** Neue Kinder-Richtlinie tritt in Kraft. kbv.de. <http://kbv.de/html/5527.php>. Zugegriffen: 20.11.2019
- Kindler, Heinz / Sann, Alexandra (2010):** Früherkennung von Risiken für Kindeswohlgefährdung. In: Kißgen, Rüdiger/Heinen, Norbert (Hrsg.): Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Stuttgart, S. 161–174
- Klein, Alexandra (2009):** Niedrigschwelligkeit durch Technik? In: Sozial Extra, 33. Jg., H. 1–2, S. 14–17

- Klein, Gerhard (2009):** Frühförderung für Kinder mit psycho-sozialen Belastungen. Eine kritische Bilanz für Deutschland. In: Geene, Raimund / Gold, Carola (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern, S. 99–108
- Klinkhammer, Nicole (2008):** Beispiel flexibler und erweiterter Kinderbetreuung in der Bundesrepublik: ähnliche Ansätze, verschiedene Bedingungen und Wege der Finanzierung. In: Heitkötter, Martina / Diller, Angelika / Rauschenbach, Thomas (Hrsg.): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. München, S. 241–257
- Korfmacher, Jon / Cook, Gina / Faldowski, Richard A. / Green, Beth / Peterson, Carla / Rogman, Lori / Schiffman, Rachel / Staerkel, Fredi (2008):** Parent Involvement in Early Childhood Home Visiting. In: Child & Youth Care Forum, 37. Jg., H. 4, S. 171–196
- Krenn, Manfred (2013):** Aus dem Schatten des »Bildungsdünkels«: Bildungsbenachteiligung, Bewältigungsformen und Kompetenzen von Menschen mit geringen Schriftsprachkompetenzen. Wien
- Kroll, Lars Eric (2010):** Theoretischer Hintergrund. In: Kroll, Lars Eric (Hrsg.): Sozialer Wandel, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Die Entwicklung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten in Deutschland zwischen 1984 und 2006. Wiesbaden, S. 18–87
- Krömker, Sabine (2012):** »Frühe Hilfen« als soziale Unterstützung. Eine Evaluation des Modellprojekts »Starke Mütter – starke Kinder«. Hamburg
- Kühn, Hagen (1993):** Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin
- Küster, Ernst-Uwe / Pabst, Christopher / Sann, Alexandra (2017):** Kommunale Netzwerkstrukturen Frühe Hilfen. Faktenblatt 3 zu den Kommunalbefragungen zum Auf- und Ausbau der Frühen Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Lampert, Thomas / Richter, Matthias (2010):** Armut bei Kindern und Gesundheitsfolgen. In: Holz, Gerda / Richter-Kornweitz, Antje (Hrsg.): Kinderarmut und ihre Folgen. Wie kann Prävention gelingen? München, S. 55–65
- Lampert, Thomas / Häfelinger, Michael / Saß, Anke-Christine / Ziese, Thomas (2005):** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berlin
- Lenz, Albert (2014):** Kinder psychisch kranker Eltern. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen
- Lenz, Albert / Wiegand-Grefe, Silke (2016):** Ratgeber Kinder psychisch kranker Eltern. Göttingen
- Lenz, Albert / Brockmann, Eva (2013):** Kinder psychisch kranker Eltern stärken: Informationen für Eltern, Erzieher und Lehrer. Göttingen
- Lessenich, Stephan (2009):** Mobilität und Kontrolle. Zur Dialektik der Aktivgesellschaft. In: Dörre, Klaus / Rosa, Hartmut / Lessenich, Stephan (Hrsg.): Soziologie – Kapitalismus – Kritik. Eine Debatte. Unter Mitarbeit von Thomas Barth. Frankfurt am Main, S. 126–177
- Lessenich, Stephan (2018):** Kritische Theorie des Wohlfahrtsstaats. In: Gebauer, Hans-Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H. / Demirovic, Alex / Freitag, Tatjana (Hrsg.): Handbuch Kritische Theorie. Wiesbaden, S. 1–19
- Leyendecker, Christoph / Amorosa, Hedwig / Müller, Ingrid (Hrsg.) (2010):** Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart
- Love, John M. / Constantine, Jill / Boller, Kimberly / Brooks-Gunn, Jeanne / Kisker, Ellen Eliason / Paulsell, Diane / Ross, Christine M. / Schochet, Peter Z. u. a. (2002):** Making a Difference in the Lives of Infants and Toddlers and Their Families: The Impacts of Early Head Start. Volumes I-III: Final Technical Report [and] Appendixes [and] Local Contributions to Understanding the Programs and Their Impacts. Princeton

- Love, John M. / Chazan-Cohen, Rachel / Constantine, Jill / Boller, Kimberly / Brooks-Gunn, Jeanne / Kisker, Ellen Eliason / Raikes, Helen / Ross, Christine u. a. (2005):** The effectiveness of early head start for 3-year-old children and their parents: lessons for policy and programs. In: *Developmental Psychology*, 41. Jg., H. 6, S. 885–901
- Lukasczyk, Peter (2010):** Präventionsprogramm Zukunft für Kinder – Hilfen für Kinder und Familien in Risikolagen. In: Leyendecker, Christoph / Amorosa, Hedwig / Müller, Ingrid (Hrsg.): *Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern*. Stuttgart, S. 319–329
- MacNeill, Virginia (2009):** Forming partnerships with parents from a community development perspective: lessons learnt from Sure Start. In: *Health & Social Care in the Community*, 17. Jg., H. 6, S. 659–665
- Marmot, Michael (2018):** Inclusion health: addressing the causes of the causes. In: *The Lancet*, 391. Jg., H. 10117, S. 186–188
- Melhuish, Edward (2013):** Die frühkindliche Umgebung: Langfristige Wirkungen frühkindlicher Bildung und Erziehung. In: Kompetenzteam Wissenschaft des Bundesprogramms »Elternchance ist Kinderchance« / Correll, Lena / Lepperhoff, Julia (Hrsg.): *Frühe Bildung in der Familie. Perspektiven der Familienbildung*. Weinheim / Basel, S. 209–222
- Melhuish, Edward / Barnes, Jacqueline / Belsky, Jay (2009):** Evaluation and value of Sure Start. In: *Archives of Disease in Childhood*, 95. Jg., H. 3, S. 159–161
- Meyer-Rumke, Ursula (2008):** Eltern-Kind-Zentren für junge Familien in Kindertageseinrichtungen in Hamburg. In: Heitkötter, Martina / Diller, Angelika / Rauschenbach, Thomas (Hrsg.): *Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungslinien und Herausforderungen*. München, S. 345–351
- Moher, David / Altman, Douglas G. / Liberati, Alessandro / Tetzlaff, Jennifer (2009):** Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. In: *Annals of Internal Medicine*, 151. Jg., H. 4, S. 264–269
- Müller-Schneider, Thomas (1996):** Wandel der Milieulandschaft in Deutschland. Von hierarchisierenden zu subjektorientierten Wahrnehmungsmustern. In: *Zeitschrift für Soziologie*; 25. Jg., H. 3, S. 190–206
- Mullis, Ann K. / Berarducci, Nari S. / Cornille, Thomas A. / Mullis, Ronald L. (2005):** Engaging reluctant and hard to reach families: Intervention research lessons. Präsentation am »Annual Meeting of the National Association of Childcare Resource and Referral Agencies, Washington, D.C.
- Naggl, Monika / Thurmair, Martin (2008a):** Frühförderung und Kindeswohl – Frühe Hilfen für entwicklungsgefährdete Kinder. In: *Frühförderung interdisziplinär*, 27. Jg., H. 2, S. 52–66
- Naggl, Monika / Thurmair, Martin (2008b):** »Kindeswohl und Frühe Hilfen«: Der Beitrag der Frühförderung. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57. Jg., H. 7, S. 555–570
- Neuhauser, Alex / Lanfranchi, Andrea (2016):** Frühe Förderung ab Geburt: ZEPPELIN. In: *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 4. Jg., H. 10, S. 16–20
- Neumann, Anna / Renner, Ilona (2016):** Barrieren für die Inanspruchnahme Früher Hilfen. Die Rolle der elterlichen Steuerungskompetenz. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, Jg. 59, H. 10, S. 1281–1291
- Neumann, Anna / Renner, Ilona (2020):** Die Gynäkologische Praxis in den Frühen Hilfen. Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln

- Nock, Lukas (2017):** Vom Wünschenswerten zum Notwendigen? Professionelles Handeln im Jugendamt zwischen Ökonomisierung und Aktivierung. Empirische Analyse der Rahmenbedingungen und Arbeitsprozesse im Allgemeinen Sozialen Dienst. Münster
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (o. J.):** Frühe Hilfen. Begriffsbestimmung und Leitbild. Homepage NZFH: <https://www.fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/grundlagen-der-fruehen-hilfen/begriffsbestimmung-fruehehilfen/>. Zugriff: 19.06.2024
- (NZFH) Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2020):** Frühe Hilfen für Familien in Armutslagen. Empfehlungen. Beitrag des NZFH-Beirats. Kompakt 8. Köln
- Nussbaum, Martha (2012):** Gerechtigkeit oder das gute Leben. Frankfurt am Main
- OECD (2011):** Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising. An Overview Of Growing Income Inequalities In OECD Countries: Main Findings. Paris (2010)
- Opp, Günther (2016):** Moderne Kindheit. Neue Risiken – Neue Präventionskonzepte. In: Gebhard, Britta / Möller-Dreischer, Sebastian / Seidel, Andreas / Sohns, Armin (2016): Frühförderung mittendrin - in Familie und Gesellschaft. Stuttgart, S. 23–31
- Paulus, Mareike / Kühner, Angela (2018):** Frühe Hilfen für geflüchtete Familien. Impulse für Fachkräfte. Köln, NZFH
- Pförtner, Timo-Kolja (2013):** Armut und Gesundheit in Europa. Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung. Wiesbaden
- Piketty, Thomas (2014):** Capital in the Twenty-First Century: a multidimensional approach to the history of capital and social classes. In: The British Journal of Sociology, 65. Jg., H. 4, S. 736–747
- Preiss, Christine (2013):** Bildung, Betreuung und Erziehung in der Einwanderungsgesellschaft. Hintergründe und bildungspolitische Ansätze. München
- Pretis, Manfred / Dimova, Aleksandra (2010):** Die Zusammenarbeit mit psychisch verletzlichen Eltern. In: Leyendecker, Christoph / Amorosa, Hedwig / Müller, Ingrid (Hrsg.): Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart, S. 365–375
- Rathmann, Katharina (2015):** Bildungssystem, Wohlfahrtsstaat und gesundheitliche Ungleichheit. Ein internationaler Vergleich für das Jugendalter. Wiesbaden
- Rauschenbach, Thomas (2008):** Neue Orte für Familien. Institutionelle Entwicklungslinien eltern- und kindfördernder Angebote. In: Heitkötter, Martina / Diller, Angelika / Rauschenbach, Thomas (Hrsg.): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. München, S. 133–157
- Renner, Ilona (2010):** Zugangswege zu hoch belasteten Familien über ausgewählte Akteure des Gesundheitssystems. Ergebnisse einer explorativen Befragung von Modellprojekten Früher Hilfen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 53 (10), S. 1048–1055
- Renner, Ilona / Neumann, Anna / Paul, Mechthild / Scharmanski, Sara / van Staa, Juliane (2018):** Gesundheit und Frühe Hilfen: Die intersektorale Kooperation im Blick der Forschung. In: Bundesgesundheitsblatt 2018; 61: 1225–1235
- Renner, Ilona / Sann, Alexander (2010):** Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen. In: Renner, Ilona / Sann, Alexander (Hrsg.): Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln, S. 6–11
- Richter-Kornweitz, Antje / Weiß, Hans (2014):** Armut, Gesundheit und Behinderung im frühen Kindesalter. München
- Robert Koch Institut (RKI) (2008):** Gesundheitsberichterstattung – Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. Berlin. Migration und Gesundheit (rki.de)

- Robert Koch Institut (RKI) (2015a):** Gesundheitsberichterstattung: Gesundheit in Deutschland 2015. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit. Berlin. Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? Gesundheit in Deutschland 2015 (Einzelkapitel). (rki.de)
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2015b):** Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009–2012. Berlin
- Roggman, Lori A. / Cook, Gina A. / Peterson, Carla A. / Raikes, Helen H. (2008):** Who drops out of early head start home visiting programs? In: Early Education and Development, 19. Jg., H. 4, S. 574–599
- Rönnau-Böse, Maike / Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2008):** Elternarbeit in der Gesundheitsförderung. Angebote und Zugangswege unter besonderer Berücksichtigung der Zielgruppe »schwer erreichbare Eltern«. Stuttgart
- Rönnau-Böse, Maike / Fröhlich-Gildhoff, Klaus (2009):** Kinder stärken! Resilienzförderung in der Kindertageseinrichtung. In: Sozial Extra, 33. Jg., H. 14, Nr. 11–12, S. 14–16
- Roos, Jeanette (2012):** Präventive Interventionen in der frühen Kindheit – Implikationen für Forschung und Qualitätssicherung. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 61. Jg., H. 10, S. 738–749
- Sahrai, Diana (2009a):** Die Kindertagesstätte als gesundheitsförderndes Setting. Zwischen normativen Idealen und alltagspraktischen Zwängen. In: Bittlingmayer, Uwe H. (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden, S. 235–267
- Sahrai, Diana (2009b):** Healthy Migrants oder besondere Risikogruppe? Zur Schwierigkeit des Verhältnisses von Ethnizität, Migration, Sozialstruktur und Gesundheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 45. Jg., S. 70–94
- Sahrai, Diana (2011):** Differenzen in der Wahrnehmung präventiver Angebote und von Elternpartizipation im Setting Kita. Eine Analyse der Wechselwirkung schicht- und migrationspezifischer Einflüsse. Bielefeld
- Sahrai, Diana (2015):** Elternpartizipation in der Kita von Eltern mit und ohne Migrationshintergrund. In Otyakmaz, Berrin Özlem / Karakaşoğlu, Yasemin (Hrsg.): Frühe Kindheit in der Migrationsgesellschaft, Wiesbaden, S. 179–205.
- Sahrai, Diana & Bittlingmayer, Uwe H. (2013):** Gesundheitsberatung: Kompetenzentwicklung oder Stalking? In: Rainer Wild-Stiftung (Hrsg.): Mission Ernährung. Wenn Gesundheit zum Diktat wird. Heidelberg, S. 87–102
- Sahrai, Diana / Bertschi, Isabella / Bittlingmayer, Uwe H. (2018):** Differenz und Anerkennung in der Migration. Eine ethnografische Studie zu gesundheitsbezogenen Alltagspraktiken lateinamerikanischer Familien. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik 24. Jg., H. 1, S. 32–9
- Sahrai, Diana / Arisci, Nina / Ermert, Claudia / Wabnitz, Sarah (2020):** Entwicklung der Förderangebote im Frühbereich – Studie zur Analyse von besonders hohem sonderpädagogischem Förderbedarf für Kinder zwischen 0–4 Jahren mit besonderem Fokus auf den Frühkindlichen Autismus. Bericht im Auftrag Kanton Aargau, Muttenz
- Sarimski, Klaus (2017):** Handbuch interdisziplinäre Frühförderung. München
- Salzmann, Daniela / Fullerton, Birgit / Sann, Alexandra (2021):** Kenntnis und Inanspruchnahme von Präventionsangeboten in der frühen Kindheit in Abhängigkeit vom Bildungsstand der Eltern. Faktenblatt 3 zur Prävalenz- und Versorgungsforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln

- Scharmanski, Sara / Renner, Ilona (2018):** Gesundheitsfachkräfte in den Frühen Hilfen: Wie nützlich ist die Zusatzqualifikation? Eine quantitative Studie. In: *Pflege*, 31, S. 267–277
- Scharmanski, Sara / Renner, Ilona (2019):** Geburtskliniken und Frühe Hilfen: Eine Win-Win-Situation? NZFH, Köln
- Scheuerer-Englisch, Hermann / Fröhlich, Herbert (2010):** Frühe Hilfen – Möglichkeiten und Angebote im Rahmen der Erziehungsberatung. In: Kissgen, Rüdiger / Heinen, Norbert (Hrsg.): *Frühe Risiken und frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention*. Stuttgart, S. 246–271
- Schmenger, Sarah / Backes, Jörg / Scharmanski, Sara / Schmutz, Elisabeth (2020):** Zentrale Qualitätskriterien für Lotsendienste der Frühen Hilfen in Geburtskliniken. Fachliche Anforderungen für die weitere Profilierung. Eckpunktepapier. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Köln
- Schmidt, Bettina / Kolip, Petra (Hrsg.) (2007):** *Gesundheit: Fördern oder Fordern? Gesundheitsförderung zwischen Eigenverantwortung und Sozialem Wirken*. Weinheim / München
- Schmidt, Bettina (Hrsg.) (2014):** *Akzeptierende Gesundheitsförderung. Unterstützung zwischen Einmischung und Vernachlässigung*. Weinheim / Basel
- Schmidtke, Claudia / Kuntz, Benjamin / Lampert, Thomas / Starker, Anne (2018):** Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: *Journal of Health Monitoring* 4. Jg., H. 4., S. 68–77
- Schnabel, Peter-Ernst (2015):** *Einladung zur Theoriearbeit in den Gesundheitswissenschaften. Wege, Anschlussstellen, Kompatibilitäten*. Weinheim / Basel
- Schnabel, Peter-Ernst (2007):** *Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren: Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Versorgungshandelns*. Weinheim / Basel
- Schnabel, Peter-Ernst (2001):** *Familie und Gesundheit. Bedingungen, Möglichkeiten und Konzepte der Gesundheitsförderung*. Weinheim, München
- Schulze, Gerhard (1992):** *Die Erlebnisgesellschaft: Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt am Main
- Sennett, Richard (1998):** *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin
- Siebolds, Marcus / Häußermann, Sigrun / Kahl, Cornelia / Müller, Roland / Münzel, Brigitte / Paul, Mechthild (2016):** Flächendeckende Implementierung von hilfesystemübergreifenden Qualitätszirkeln zum Thema Frühe Hilfen in Baden-Württemberg. In: *Bundesgesundheitsblatt* 2016; 59: 1310–1314
- Smith, George Davey (2008):** Die Bedeutung einer Lebenslaufperspektive für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. In: *Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden, S. 291–331
- Snell-Johns, Jessica / Mendez, Julia L. / Smith, Bradley H. (2004):** Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserved families. In: *Journal of Family Psychology*, 18. Jg., H. 1, S. 19–35
- Statista (o. J. a):** Nebenjobber. Über vier Millionen mit Zweitjob. <https://de.statista.com/infografik/1171/erwerbstaetige-in-deutschland-mit-nebenjob/> (11.02.2021)
- Steinkirchner, Gerda (2010):** *Soziales Frühwarnsystem und Frühe Hilfen für Eltern und Kinder – ein Kooperationsprojekt des Gesundheitsamtes und Jugendamtes*. In: Leyendecker, Christoph / Amorosa, Hedwig / Müller, Ingrid (Hrsg.): *Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern*. Stuttgart, S. 302–310

- Stephan, Birgit (2010):** Frühe Hilfen und Frühe Förderung: Verwaltungshandeln als Reaktion auf gesellschaftliche Entwicklungen. In: Leyendecker, Christoph / Amorosa, Hedwig / Müller, Ingrid (Hrsg.): Gefährdete Kindheit. Risiken früh erkennen, Ressourcen früh fördern. Stuttgart, S. 294–302
- Streeck, Wolfgang (2013):** Gekaufte Zeit: die vertagte Krise des demokratischen Kapitalismus. Berlin
- Strohmeier, Klaus Peter (2008):** Familien und Familienpolitik im Sozialraum. In: Heitkötter, Martina / Diller, Angelika / Rauschenbach, Thomas (Hrsg.): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. München, S. 107–131
- Süß, Waldemar / Trojan, Alf (2018):** Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Richter, Matthias / Stock, Stephanie (Hrsg.): Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, S. 405–418.
- Taubner, Svenja / Munder, Thomas / Unger, Agnieszka / Wolter, Silke (2013):** Zur Wirksamkeit präventiver Früher Hilfen in Deutschland – ein systematisches Review und eine Metaanalyse. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 62. Jg., H. 8, S. 598–619
- Textor, Martin R. (2013):** Elternarbeit im Kindergarten. Ziele, Formen, Methoden. 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Norderstedt
- Tschoepe-Scheffler, Sigrid (2003):** Elternkurse auf dem Prüfstand. Wie Erziehung wieder Freude macht. Opladen
- Tschöpe-Scheffler, Sigrid / Wirtz, Wolfgang (2008):** Familienbildung – institutionelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. In: Heitkötter, Martina / Diller, Angelika / Rauschenbach, Thomas (Hrsg.): Familie im Zentrum. Kinderfördernde und elternunterstützende Einrichtungen – aktuelle Entwicklungslinien und Herausforderungen. München, S. 157–179
- U.S. Department of Health & Human Services (HHS) (o. J. a).** Head Start Fact Sheet: Fiscal Year 2016. <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/browse/series/head-start-program-annual-fact-sheets> (18.06.2018)
- U.S. Department of Health & Human Services (HHS) (o. J. b).** Office of Head Start – Head Start Programs. <https://www.acf.hhs.gov/ohs/about/head-start> (18.06.2018)
- van Staa, Juliane / Renner, Ilona (2020):** »Man will das einfach selber schaffen« – Symbolische Barrieren der Inanspruchnahme Früher Hilfen. Ausgewählte Ergebnisse aus der Erreichbarkeitsstudie des NZFH. NZFH, Köln
- van Staa, Juliane / Renner, Ilona (2019):** Die kinderärztliche Praxis und Frühe Hilfen: Erste Ergebnisse aus dem NZFH-Forschungszyklus »Zusammen für Familien« (ZuFa-Monitoring). NZFH, Köln
- Vester, Michael (2009):** Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit. In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 45, S. 36–56.
- Vester, Michael / Geiling, Heiko / Hermann, Thomas / Müller, Dagmar / Von Oertzen, Peter (2001):** Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Zwischen Integration und Ausgrenzung. Berlin
- Wadsworth, Michael / Bartley, Mel (2006):** Social Inequality, Family Structure and Health in the Life Course. In: Wendt, Claus / Wolf, Christof (Hrsg.): Soziologie der Gesundheit. Sonderheft 46 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Wiesbaden, S. 125–143
- Walter, Ulla / Kliche, Thomas / Pawils, Silke / Nöcker, Guido / Trenker, Madlen u. a. (2015):** Prävention und Gesundheitsförderung wissenschaftsbasiert stärken – Ergebnisse und Erfahrungen des BMBF-Förderschwerpunkts In: Das Gesundheitswesen, S. 2–11
- Welshman, John (2010):** From Head Start to Sure Start: reflections on policy transfer. In: Children & Society, 24. Jg., H. 2, S. 89–99

Weiß, Hans (2013): Interdisziplinäre Frühförderung und Frühe Hilfen. Kooperationspartner in präventiven Netzwerken für entwicklungsgefährdete Kinder und deren Familien. In: Frühförderung Interdisziplinär, 2. Jg. S. 67–81

WHO (World Health Organization) (1986):

Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung.
Ottawa.

Wilkinson, Richard G. (2005): The impact of inequality: How to make sick societies healthier.
New York

Wilkinson, Richard G. / Pickett, Kate E. (2008):

Das Problem relativer Deprivation: Warum einige Gesellschaften erfolgreicher sind als andere. In: Bauer, Ullrich / Bittlingmayer, Uwe H. / Richter, Matthias (Hrsg.): Health Inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheiten. Wiesbaden, S. 59–86

Wilkinson, Richard / Cato, Molly Scott / Pickett, Kate (2009): The spirit level. Why more equal societies almost always do better. London

Woeffray Burgener, Andrea / Meier, Simon (2017):

Entwicklungsgefährdete Kinder – frühe Erfassung – geeignetes Verfahren zur Diskussion. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, H. 10, S. 39–54

Wolf-Kühn, Nicola / Geene, Raimund (2009):

Früherkennung und Frühe Hilfen – Unterstützung junger Mütter. In: Geene, Raimund / Gold, Carola (Hrsg.): Kinderarmut und Kindergesundheit. Bern, S. 108–126

Ziegenhain, Ute / Fegert, Jörg M. (2009): Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung für eine verbesserte Prävention im Kinderschutz.

In: Frühförderung interdisziplinär, 28. Jg., H. 2, S. 71–81

Impressum

Herausgeber:

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI)
Maarweg 149 –161
50825 Köln
Telefon: 0221 8992-0
<https://www.fruehehilfen.de>
<https://www.bzga.de>

Autorin und Autor:

Prof. Dr. Diana Sahrai, Prof. Dr. Uwe H. Bittlingmayer

Gestaltung:

Designbüro Lübbecke Naumann Thoben, Köln

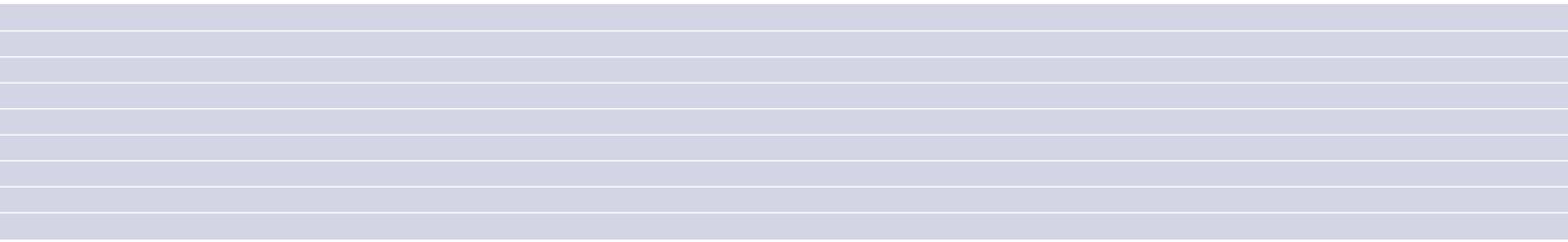
Alle Rechte vorbehalten.

Der Inhalt dieser Publikation gibt die Meinung der
Autorin und des Autors wieder, die vom Herausgeber
nicht in jedem Fall geteilt werden muss.

Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin oder
den Empfänger an Dritte bestimmt.

Die Publikation steht online zum Download auf
<https://www.fruehehilfen.de> zur Verfügung.

Artikelnummer: D81000387



Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Nationales Zentrum
Frühe Hilfen

Träger:



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

In Kooperation mit:



Deutsches
Jugendinstitut